

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA
PARA LA REDUCCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN UN GRUPO DE
MADRES TIAS DE LAS ALDEAS INFANTILES SOS DE PANAMÁ**

POR
ARITZA MELGAR

**TESIS PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EXIGIDOS
PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

PANAMÁ

2011

HOJA DE APROBACIÓN

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestria en Psicología Clinica

Facultad de Psicología

Numero de Código 327 14 06 10 84

Nombre del estudiante Antza Itzel Melgar De Gracia


Cédula 7 702-879

Título al que aspira Magister en Psicología Clinica

Tema de Tesis Aplicación de Programa de Intervención
Psicoterapéutica para la reduccion de los
niveles de ansiedad en un grupo de madres tias
de las aldeas S O S de Panamá

NOMBRE DEL ASESOR Mqter. Fabio Bethancourt

FIRMA DEL ASESOR 

FIRMA DEL ESTUDIANTE 

APROBADO POR 

COORDINADOR DEL PROGRAMA

COORDINADOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y
POSTGRADO

FECHA _____

DEDICATORIA

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi amparo y fortaleza, cuando más lo he necesitado y por hacer palpable su amor a través de cada uno de los que me han acompañado y que han sido pilares en mi camino y así forman parte de este logro que me abre puertas inimaginables en mi desarrollo profesional

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

Mi especial agradecimiento al Personal administrativo y a las madres tías de las Aldeas

S.O.S. de Panama.

Al Profesor Ricardo López por impulsarme al iniciar la realización de este objetivo

A mi asesor en este proyecto de investigación el Profesor Fabio Bethancourt

A mi familia y amistades por brindarme ese apoyo incondicional para lograr esta meta.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL

	PAGINAS
RESUMEN / SUMMARY	XVII
INTRODUCCIÓN	XIX
CAPITULO I FUNDAMENTO TEÓRICO	1
1 Generalidades de la Ansiedad	1
2 Clasificación Diagnóstica y Estadística de los Trastornos Mentales DSM IV TR	5
3 Modelos de los Trastornos de Ansiedad	31
3 1 Modelo Biológico	31
3 2 Modelo Psicoanalítico	31
3 3 Modelo de la Exposición	33
3 4 Modelo de la Emoción Oculta	33
3 5 Modelo Cognitivo Conductual	33
4 Habilidades de Afrontamiento por medio de la Relajación	43
4 1 La terminología de Afrontamiento Orígenes y Definiciones	43
4 2 Afrontar las tensiones Métodos de relajación	44
5 Programa de Entrenamiento en el Manejo de Ansiedad (EMA)	48
5 1 Historia y Fundamentos	49
5 2 Base Empírica	50
5 3 Integración del Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA) con otros enfoques terapéuticos	52
6 Aldeas Infantiles S O S de Panamá	54
6 1 Historia de las Aldeas Infantiles S O S	54

6 2	Antecedentes de las Aldeas Infantiles S O S de Panama	56
6 3	Las madres tias en las Aldeas Infantiles S O S de Panamá	58
CAPÍTULO II METODOLOGIA		62
1	Planteamiento del Problema	62
2	Justificacion de la investigación	62
3	Objetivo de Investigación	64
3 1	Objetivo General	64
3 2	Objetivo Especifico	64
4	Hipótesis	65
4 1	Hipótesis de Investigación	65
4 2	Hipótesis Nula	65
4 3	Hipótesis Estadística	66
5	Variables	66
5 1	Variable Independiente	66
5 2	Variable Dependiente	66
6	Definiciones	66
6 1	Definiciones Conceptuales	66
6 2	Definiciones Operacionales	67
7	Estrategias de Investigación	68
7 1	Tipo de Investigación	68
7 2	Diseño de Investigación	68

8 Población	69
9 Muestra	69
9 1 Metodos de Seleccion	69
9 1 1 Criterios de Inclusión	69
9 1 2 Criterios de Exclusión	70
10 Instrumentos de evaluación	70
11 Diseño Estadístico	72
12 Estadístico de Prueba	72
13 Selección del nivel de significancia	72
14 Procedimiento	72
RESULTADOS Y ANÁLISIS	76
DISCUSIÓN	86
CONCLUSIONES	88
RECOMENDACIONES	89
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXOS	98

ÍNDICE DE TABLAS

INDICE DE TABLAS

TABLAS	PÀGINAS
1 Resumen de la Hoja de Autoregistro de Relajación	77
2 Resultados de la Escala de Ansiedad IDARE (A Estado)	80
3 Análisis de los Resultados de la Escala de Ansiedad IDARE (A Estado) Prueba T	84

ÍNDICE DE FIGURAS

INTRODUCCIÓN

Cada día en nuestro país se observa la gran necesidad de contar con programas que brinden en sus sesiones objetivos y metas para brindar un entrenamiento en el manejo adecuado de algunas situaciones que le pueden causar sufrimiento a la población que solicita nuestra atención psicológica

La realidad socioeconómica de nuestra nación debe considerar que el trabajo psicológico es costoso ya que requiere invertir varias sesiones para lograr alcanzar los resultados esperados para que estos resultados sean duraderos las organizaciones sin fines de lucro no cuentan con el capital para esta importante labor a pesar de que su personal debe estar saludable emocionalmente para afrontar los grandes retos que conlleva la responsabilidad de ser parte de proyectos dirigidos a rescatar niños y niñas que se encuentren en situaciones de riesgo social

Este trabajo investigativo fue elaborado con esa dedicación y entusiasmo de realizar una contribución para el beneficio de todos los que forman parte de estas instituciones en nuestro país

Desarrollar un formato de trabajo en grupos que ayude al mejoramiento de la ansiedad y evitar que se convierta en un problema cuando se encuentra fuera de control. Esto se debe a diversos factores. Uno de los más comunes son los hábitos o conductas que se pueden haber convertido en involuntarias y aunque la causa del problema haya desaparecido se siguen realizando las mismas acciones. Por ello es muy importante conocer cómo controlar estas situaciones y cuáles son los métodos mejores para poder utilizar este tipo de reacciones en nuestro beneficio

Iniciamos exponiendo en el capítulo I las consideraciones teóricas sobre la ansiedad nuestra variable dependiente además enfatizando desde sus principios conceptuales sobre las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad las cuales sustentan nuestra intervención terapéutica

INDICE DE FIGURAS

FIGURA	PAGINAS
1 Grafica del resumen de Hoja de Autoregistro de Relajación	79
2 Grafica de los resultados en la escala de ansiedad (IDARE) Pre-test Estado	82
3 Grafica de los resultados en la escala de ansiedad (IDARE) Post test Estado	83

RESÚMEN
SUMMARY

INTRODUCCIÒN

RESUMEN

El presente estudio tiene como propósito principal la aplicación y evaluación de un programa de intervención psicoterapéutica mixta para el manejo de la ansiedad clínicamente significativa en un grupo de madres tías de las Aldeas Infantiles SOS de Panamá a través del entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA). Se trata de una investigación de tipo pre-experimental con diseño de pre prueba post prueba a un solo grupo donde se busca evaluar la efectividad del programa del entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación para disminuir los niveles de ansiedad. La prueba administrada para la evaluación de las participantes fue IDARE (Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado). Se utilizó el estadístico t para grupos dependientes. Se planteó un nivel de significancia de 0.05. Podemos concluir que a pesar que los resultados finales no presentan cambios estadísticamente significativos por efectos del tratamiento aplicado. Se puede resaltar que de las 3 participantes que continuaron el programa de entrenamiento en el manejo de la ansiedad muestran que todas lograron obtener en la post prueba puntajes que nos indican la reducción de los niveles de ansiedad. Por ende se recomendó la replicación de este estudio para seguir analizando sus efectos posteriores.

SUMMARY

The purpose of this study is essential to the implementation and evaluation of a mixed psychotherapeutic intervention program for the management of clinically significant anxiety in a group of mothers aunts of the SOS Children's Villages of Panama through training in coping skills by means of relaxation applied training in the management of anxiety (EMA). It is a type of research pre-experimental design with pre-test post test to a single group which seeks to evaluate the effectiveness of skills training program for coping through relaxation to reduce anxiety levels. It is offered twice a week with duration of 2 hours per session. The test administered for the assessment of the participants was STAI (Trait Anxiety Inventory State). T statistic was used for dependent groups. We set a significance level of 0.05. We conclude that although the final results no statistically significant changes from the effects of treatment applied. One may notice that the 3 participants who continued the training program in the management of anxiety show that all achievements in the post test scores indicate reduced anxiety levels. Therefore recommended the replication of this study to further analyze its aftermath.

El Programa de Entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) es un tratamiento teóricamente sólido el cual se le han realizado varios estudios publicados que apoyan su empleo eficaz para reducir la ansiedad

En el capítulo II planteamos la metodología de investigación los objetivos generales y específicos las hipótesis y los procedimientos seguidos en el Programa Terapéutico llamado Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación el cual fue nuestra variable independiente

Concluimos nuestro trabajo con los resultados y la discusión de los mismos tomando como base las teorías expuestas en el capítulo inicial y finalmente planteamos algunas de nuestras recomendaciones

De igual forma el lector de este trabajo de investigación puede revisar en las últimas páginas la sección de anexos lo que le facilitará las historias clínicas completas de las participantes y algunos formularios del programa y así de esta manera recibir la información que esperamos brinde un aporte para futuros estudios

CAPÍTULO I

FUNDAMENTO TEÓRICO

CAPITULO I FUNDAMENTO TEÓRICO

1 Generalidades de la Ansiedad

Prácticamente todo el mundo sabe lo que es sentirse angustiado preocupado nervioso asustado tenso o lleno de pánico Con frecuencia sentir ansiedad o angustia no es más que una molestia aunque a veces puede incapacitarle e impedirle hacer lo que quiere hace de verdad con su vida

Cuando no se sabe porque se tiene miedo o incluso la ansiedad que se produce es desproporcionada a las circunstancia en situaciones en las que no existe ninguna razón o causa externa se comienza a entorpecer el desempeño cotidiano de las personas

Puede afectar a personas de todas las edades y sobretodo a aquellas que están sometidas a una tension familiar o laboral constante y en aquellas que han arraigado en sus patrones conductuales un sentido de perfeccionismo hacia todo lo que hacen y dicen La ansiedad descontrolada o persistente durante un periodo de seis meses o más es calificada de trastorno (Burns D 2008)

Burns (2008) nos dice

Que la ansiedad adopta muchas formas distintas entre las siguientes pautas podemos mencionar

- ▶ **Preocupacion crónica** se preocupa constantemente por su familia su salud su carrera profesional o su economia Se le revuelve el estómago y tiene la impresión de que está a punto de pasarle algo malo aunque no es capaz de determinar cual es exactamente el problema

- ▶ **Miedos y Fobias** puede tener miedo a las agujas a la sangre a las alturas a los ascensores a conducir a viajar en avión el agua a las arañas a las serpientes a los perros a las tormentas a los puentes o a quedarse atrapado en lugares cerrados

- ▶ **Ansiedad por la actuacion** se queda paralizado siempre que tiene que hacer un examen actuar o hacer algo delante de otras personas o competir en una prueba deportiva

- ▶ **Ansiedad por hablar en publico** se pone nervioso cuando tiene que hablar ante un grupo porque se dice a si mismo Temblaré y todos verán lo nerviosa que estoy Se me quedara la mente en blanco y haré el idiota Todos me despreciarán y me tomarán por un neurótico total

- ▶ **Timidez** se siente nervioso y apurado en las reuniones sociales porque se dice a si mismo 'Todo el mundo parece encantador y relajado Pero yo no tengo nada interesante que decir Lo más probable es que se den cuenta de lo

timida que soy y de lo fuera de lugar que me siento. Deben de pensarse que soy una especie de fracasada. Soy la unica que se siente asi. ¿Qué me pasa?

- **Ataques de panico** siente ataques de pánicos repentinos terribles que parece como si aparecieran sin mas y le atacaran de manera inesperada como un rayo. En los ataques usted se siente mareado, el corazón le palpita con fuerza y tiene hormigueos en los dedos.

Quizá se diga a si mismo: Debo de estar teniendo un ataque al corazón. ¿Y si me desmayo o me muero? ¡No puedo respirar! ¿Y si me ahogo? Intenta aferrarse a la vida. Al poco rato la sensación de panico desaparece de manera tan misteriosa como llegó, dejandolo a usted desconcertado, asustado y humillado. Se pregunta qué habra pasado y cuándo volverá a pasarle aquello.

- **Agorafobia** le da miedo estar fuera de su casa porque piensa que le va a pasar algo terrible (que va a sufrir un ataque de pánico quizás) y que no habrá nadie que pueda ayudarle. Puede tener miedo a los espacios abiertos, a los puentes, a las multitudes, a estar en la cola del supermercado o viajar en transportes publicos.

- ▶ **Obsesiones y compulsiones** le acosan pensamientos obsesivos que no puede quitarse de la mente e impulsos compulsivos de realizar rituales supersticiosos para controlar sus miedos. Por ejemplo, levantarse varias veces después de acostarse para mirar la cocina simplemente para cerciorarse de que no se ha dejado encendida la luz.
- ▶ **Trastornos de estrés postraumático** le acosan los recuerdos o imágenes de algún suceso terrible que sucedió hace meses e incluso hace años, como unos malos tratos.
- ▶ **Preocupación por el aspecto físico (trastorno dismórfico corporal)** le consume la sensación de que su aspecto tiene algo grotesco o de anormal a pesar que sus amigos y su familia le intentan tranquilizar diciéndole que tiene un aspecto normal. Puede que piense que tiene la nariz deformada y que pase mucho tiempo mirándose al espejo en el intento de corregir el defecto porque está convencida de que todo el mundo puede ver lo terrible que es su aspecto.
- ▶ **Preocupación por su salud (hipocondría)** va de médico en médico quejándose de molestias, dolores, fatiga, mareos u otros síntomas. Está segura que padece alguna enfermedad terrible, pero el médico siempre le tranquiliza diciéndole que no le pasa absolutamente nada. Sienten alivio durante algunos días, pero no tardan en empezar a obsesionarse nuevamente con su salud. (pág. 19)

2 Clasificación Diagnóstica y Estadística de los Trastornos Mentales

DSM IV TR

Son clasificados de la siguiente manera según el DSM IV TR los Trastornos de Ansiedad

► Crisis de angustia (panic attack)

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min

- A Palpitaciones sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- B Sudoración
- C Temblores o sacudidas
- D Sensación de ahogo o falta de aliento
- E Sensación de atragantarse
- F Opresión o malestar torácico
- G Náuseas o molestias abdominales
- H Inestabilidad mareo o desmayo
- I Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- J Miedo a perder el control o volverse loco
- K Miedo a morir

L Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)

M Escalofríos o sofocaciones

► **Agorafobia**

A Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o donde en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación o bien síntomas similares a la angustia puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características entre las que se incluyen estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer cola, pasar por un puente o viajar en autobús, tren o automóvil.

B Estas situaciones se evitan (p. ej. se limita el número de viajes) se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej. evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse) fobia específica

(p. ej. evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores) trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej. evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación) trastorno por estrés postraumático (p. ej. evitación a estímulos relacionados con una

situación altamente estresante o traumática) o trastornos de ansiedad por separación (p ej evitación de abandonar el hogar o la familia)

► **F41 0 Trastorno de angustia sin agorafobia**

A Se cumplen (1) y (2)

(1) crisis de angustia inesperadas recidivantes

(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más de uno (o más) de los siguientes síntomas

- a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
- b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias(por ej perder el control sufrir un infarto de miocardio volverse loco)
- c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B Ausencia de agorafobia

C Las crisis de angustia no deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p ej drogas fármacos) o una enfermedad médica (p ej hipertiroidismo)

D Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como por ejemplo fobia social (p ej aparecen al

exponerse a situaciones sociales temidas) fobia específica (p ej el exponerse a situaciones fóbicas específicas) trastorno obsesivo compulsivo (p ej al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación) trastorno por estrés postraumático (p ej en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes) o trastorno por ansiedad de separación (p ej al estar lejos de casa o de los seres queridos)

► **F40 01 Trastorno de angustia con agorafobia**

A Se cumplen (1) y (2)

1 crisis de angustia inesperadas recidivantes

2 al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas

- a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej perder el control sufrir un infarto de miocardio volverse loco)
- b) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B Presencia de agorafobia

- C Las crisis de angustia no deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p ej drogas fármacos) o una enfermedad médica (p ej hipertiroidismo)

Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como por ejemplo fobia social (p ej aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas) fobia específica (p ej al exponerse a situaciones fóbicas específicas) trastorno obsesivo compulsivo (p ej al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación) trastorno por estrés postraumático (p ej en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes) o trastorno por ansiedad de separación (p ej al estar lejos de casa o de los seres queridos)

► **F40 00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia**

- A Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p ej mareos o diarrea)
- B Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia
- C El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas fármacos) o de una enfermedad médica ⁴
- D Si el individuo presenta una enfermedad médica el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica

► **F40 2 Fobia específica**

- A Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p.ej. volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre)
- B La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- C La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.
- D La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona con las relaciones laborales (o académicas) o sociales o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G La ansiedad las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental por ejemplo un trastorno obsesivo –compulsivo (p ej miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación) trastorno por estrés postraumático (p ej evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante) trastorno de ansiedad por separación (p ej evitación de ir a la escuela) fobia social (p ej evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas) trastorno de angustia con agorafobia o agorafobia sin historia de trastorno de angustia

Especificar tipo

Tipo animal si el miedo hace referencia a animales e insectos Este sub tipo suele iniciarse en la infancia Tipo ambiental si hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas precipitaciones o agua Este subtipo suele iniciarse en la infancia

Tipo sangre-inyecciones daño si el miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal

Tipo situacional si el miedo hace referencia a situaciones específicas como transporte públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida. Su incidencia en función del sexo, su patrón de incidencia familiar y su edad de inicio son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia.

Otros tipos si el miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, el vómito, a la adquisición de una enfermedad, fobia a los espacios (es decir, el individuo tiene miedo a caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción) y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

F40.1 Fobia social

A Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. **Nota:** En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre.

y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto

- B La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- C El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota En los niños puede faltar este reconocimiento.
- D Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G El miedo o el comportamiento de evitación no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. trastorno de angustia con o sin agorafobia).

trastorno de ansiedad por separación trastorno dismórfico corporal un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad)

H Si hay enfermedad médica u otro trastorno mental el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p ej el miedo no es debido a la tartamudez a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa)

Especificar si

Generalizada si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (p ej iniciar o mantener conversaciones participar en pequeños grupos tener citas hablar con las figuras de autoridad asistir a fiestas)

Nota Considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación

► **F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo**

A Se cumple para las obsesiones y las compulsiones

Las obsesiones se definen por (1) (2) (3) y (4)

(1) pensamientos impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos

(2) los pensamientos impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real

(3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos impulsos o imágenes o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos (4) la persona reconoce que estos pensamientos impulsos o imágenes obsesivos son el producto de la mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por (1) y (2)

(1) comportamientos (p ej lavado de manos puesta en orden de objetos comprobaciones) o actos mentales (p ej rezar contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente

(2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos sin embargo estos comportamientos u operaciones

mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

- B En algun momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales *Nota*
Este punto no es aplicable en los niños
- C Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo representan una pérdida de tiempo (suponen mas de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social
- D Si hay otro trastorno del Eje I el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p ej preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario arranque de cabellos en la tricotilomania inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor)
- E El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p ej drogas fármacos) o de una enfermedad médica

Especificar si

Con poca conciencia de enfermedad si durante la mayor parte del tiempo del episodio actual el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales

► **F43 1 Trastorno por estrés postraumático**

A La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2)

(1) La persona ha experimentado presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

(2) La persona ha respondido con un temor una desesperanza o un horror intensos

B El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas

(1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes pensamientos o percepciones Nota En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

- (2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar **Nota** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
- (3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia ilusiones alucinaciones y episodios disociativos de flashback incluso los que aparecen al despertarse
- (4) o al intoxicarse) **Nota** Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
- (5) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- (6) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma) tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas

- (1) Esfuerzos para evitar pensamientos sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- (2) Esfuerzos para evitar actividades lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

- (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- (6) Restricción de la vida afectiva (p.ej. incapacidad para tener sentimientos de amor)
- (7) Sensación de un futuro desolador (p.ej. no espera obtener un empleo casarse formar una familia o en definitiva llevar una vida normal)

D Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma) tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas

- (1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) Irritabilidad o ataques de ira
- (3) Dificultades para concentrarse
- (4) Hipervigilancia
- (5) Respuestas exageradas de sobresalto

E Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B C y D) se prolongan más de 1 mes

F Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo Especificar si

(1) Agudo si los síntomas duran menos de 3 meses

(2) Crónico si los síntomas duran 3 meses o mas

Especificar si

De inicio demorado entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

► **F43.0 Trastorno por estrés agudo**

A La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2)

(1) La persona ha experimentado presenciado o le han explicado uno (o mas) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

(2) La persona ha respondido con un temor una desesperanza o un horror intensos

B Durante o después del acontecimiento traumático el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos

(1) Sensación subjetiva de embotamiento desapego o ausencia de reactividad emocional

(2) Reducción del conocimiento de su entorno (p ej estar aturdido)

(3) Desrealización

(4) Despersonalización

(5) Amnesia disociativa (p ej incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas imágenes pensamientos sueños ilusiones episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático

D Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p ej pensamientos sentimientos conversaciones actividades lugares personas)

E Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p ej dificultades para dormir irritabilidad mala concentración hipervigilancia respuestas exageradas de sobresalto inquietud motora)

F Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social laboral o de otras áreas importantes de la actividad del

individuo o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables por ejemplo obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia

G Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático

H Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p ej drogas fármacos) o a una enfermedad médica no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno pre-existente de los Ejes I o II

► **F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada**

A Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) que se prolongan más de 6 meses

B Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación

C La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses) Nota En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas

(1) Inquietud o impaciencia

(2) Fatigabilidad

(3) fácil

(4) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

(5) Irritabilidad

(6) tensión muscular

(7) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno por ejemplo la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia pasarlo mal en publico contraer una enfermedad estar lejos de casa o de los seres queridos engordar tener quejas de multiples síntomas físicos o padecer una enfermedad grave y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático

E La ansiedad la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

F Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p ej drogas fármacos) o a una enfermedad médica (p ej hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo

F06 4 Trastorno de ansiedad debido a (indicar enfermedad medica)

- A La ansiedad prominente las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico
- B A partir de la historia de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica
- C Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p ej trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad medica grave)
- D Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium

E Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

Especificar si Con ansiedad generalizada cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades

Con crisis de angustia cuando predominan las crisis de angustia

► Con síntomas obsesivo-compulsivos cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias**

A La ansiedad de carácter prominente las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico

B A partir de la historia clínica de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que (1) o (2)

(1) Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente

(2) El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración

F La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p.ej. alrededor de 1 mes) después del final del periodo agudo de intoxicación o de abstinencia; o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p.ej. una historia de episodios de carácter recidivante no relacionado con sustancias).

C La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

D La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Con ansiedad generalizada si predominan una ansiedad o una preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

Con crisis de angustia si predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo compulsivos si predominan las obsesiones y las compulsiones

Con síntomas fóbicos si predominan síntomas de carácter fóbico

► **F 41 9 Trastorno de ansiedad no especificado**

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Son ejemplos los siguientes:

- 1 Trastorno mixto ansioso-depresivo: síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos aunque no se cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico ni de un trastorno de ansiedad específico.
- 2 Síntomas de fobia social clínicamente significativos relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (p.ej. enfermedad de Parkinson, enfermedades dermatológicas, tartamudez, anorexia nerviosa, trastorno dismórfico corporal).
- 3 Situaciones en las que la alteración es lo suficientemente grave como para requerir un diagnóstico de trastorno de ansiedad aunque el individuo no presenta el suficiente número de síntomas para cumplir todos los criterios de un trastorno de ansiedad específico como por

ejemplo una persona que presenta todos los rasgos del trastorno de angustia sin agorafobia a excepción de que todas las crisis de angustia son crisis de la sintomatología limitada

- 4 Situaciones en las que el clínico confirma la presencia de un trastorno de ansiedad pero resulta imposible determinar si es de carácter
- 5 primario debido a enfermedad médica o inducido por sustancias

A continuación también presentamos según el DSM-IV TR los Trastornos de Adaptativos

► Trastornos Adaptativos

A La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante

B Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo

- 1) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
- 2) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

C La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II

D Los síntomas no responden a una relación de duelo

E Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias) los síntomas no persisten más de 6 meses

Especificar si

Agudo si la alteración dura menos de 6 meses

Crónico si la alteración dura 6 meses o más Por definición los síntomas no pueden persistir durante más de 6 meses después de la desaparición del estresante o de sus consecuencias La especificación crónica se aplica cuando la duración de la alteración es superior a 6 meses en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con consecuencias permanentes

Los trastornos adaptativos son codificados de acuerdo con el subtipo que mejor caracteriza los síntomas predominantes

F43.20 Con estado de ánimo depresivo Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo llanto o desesperanza

F 43.28 Con ansiedad Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo preocupación o inquietud o en los niños miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación

F43 22 Mixto con ansiedad y estado de animo depresivo Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión

F43 24 Con trastorno de comportamiento Este subtipo debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteracion del comportamiento en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad (p ej vagancia vandalismo conducción irresponsable peleas e incumplimiento de las responsabilidades legales)

F43 25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales (p ej depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento (v subtipo anterior)

F43 9 No especificado Este subtipo debe usarse para las reacciones desadaptativas (p ej quejas somáticas aislamiento social inhibición académica o laboral) a estresantes psicosociales que no son clasificados como uno de los subtipos especificos de trastorno adaptativo (DSM IV TR 2002 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)

3 MODELOS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Debido a que diversos profesionales de la salud han estudiado por muchos años los diversos factores que componen la ansiedad y los posibles desencadenantes de la misma existen diversos modelos que tratan de explicar las causas y los tratamientos de los síntomas de ansiedad

A continuación se mencionaran algunos modelos sobre la ansiedad

3 1 Modelo Biológico

El modelo biológico se basa en la idea de que la ansiedad es consecuencia de un desequilibrio químico del cerebro por ende parte entonces a considerar el uso de la medicación como método efectivo para tratar a los pacientes que presentan síntomas de ansiedad

Este modelo también afirma que los trastornos de ansiedad se deben a una disfunción fisiológica (por ejm un mal funcionamiento del sistema nervioso o de las glándulas endocrinas) que a menudo es atribuible a factores hereditarios los trastornos de ansiedad No obstante son pocos los teóricos modernos que ven en la biología la explicación a todos los tipos de enfermedad mental (Morris Ch 2001)

3 2 Modelo Psicoanalítico en los individuos con problemas sino también entre la gente perfectamente normal está vinculado al concepto de ansiedad un estado interno aversivo que los individuos tratan de evitar o del que pretender escapar Al principio Freud pensaba que la ansiedad era una forma de descargar la energía

libidinal cuya liberación directa había sido obstaculizada pero después cambió su opinión por la idea de que la ansiedad es una señal de alerta para el yo (ego) de que algo está por suceder

Freud distinguía tres tipos diferentes de ansiedad que reflejan tres categorías distintas

La forma básica es la ansiedad de realidad el temor que surge de una amenaza o peligro reales Es el tipo de miedo que se experimenta al advertir que está a punto de ser mordido por un perro La ansiedad de realidad es la forma más básica de ansiedad porque está enraizada en la realidad objetiva Una forma de manejarla consiste en evitar o escapar de la situación que produce el sentimiento La ansiedad de la realidad proporciona la base de la que se derivan los otros tipos de ansiedad

El segundo tipo es la ansiedad neurótica el temor de que los impulsos del ello (id) se salga de control y lleven al sujeto a cometer un acto por el que será castigado Quienes experimentan mucha ansiedad neurótica viven continuamente preocupados por la posibilidad de que el ello se escape del control del yo (ego) La ansiedad no es en sí el temor de los impulsos y urgencias del ello sino del castigo que puede acarrear su expresión

El tercer tipo de ansiedad es la llamada ansiedad moral el temor que los individuos experimentan al transgredir (o cuando están a punto de hacerlo) el código moral

La ansiedad moral es el temor a la conciencia que forma parte del superyó (superego) Subjetivamente la ansiedad moral se experimenta como culpa o

vergüenza. Entre más fuerte sea el superyó mayor será la probabilidad de sufrir ansiedad moral (Carver Ch. Sheier M 1997)

3.3 Modelo de la exposición se basa en la idea de que la causa de toda ansiedad es la evitación. Dicho de otra manera, se siente angustia porque se evita lo que se teme. Según esta teoría, vencerá sus miedos en cuanto deje de huir y haga frente a los que cause ansiedad (Burns D 2008)

3.4 Modelo de la emoción oculta se basa en la idea de que la causa de la ansiedad es la amabilidad. Las personas con tendencia a tener ansiedad son casi siempre personas que quieren agradar a la gente, que temen los conflictos y los sentimientos negativos como la ira. Porque se esconde los problemas bajo la alfombra, se hace de una manera tan rápida y automática que ni siquiera es de manera consciente.

Sin embargo, después vuelven a salir a luz sus sentimientos negativos pero disfrazados en forma de ansiedad, de preocupaciones, de miedos o de sentimientos de pánico. Según este modelo es frecuente que la ansiedad desaparezca cuando se pueda sacar a relucir los sentimientos ocultos y se resuelva el problema que inquieta (Burns D 2008)

3.5 Modelo Cognitivo-Conductual La terapia cognitivo-conductual se fundamenta en las siguientes bases científicas: el condicionamiento clásico de Pavlov, el

condicionamiento operante de Skinner al aprendizaje social de Bandura y el aprendizaje cognitivo de Beck y Ellis

Mientras los primeros sustentan sus bases en estudios de laboratorio intentando con ello explicar el aprendizaje más básico de las conductas gracias a procesos de refuerzo respuestas condicionadas. Los segundos profundizan más allá e incluyen otros procesos que pueden estar mediando en el aprendizaje conductual del ser humano

De suma importancia para la terapia cognitivo conductual son los aportes de los modelos cognitivos los cuales otorgan gran importancia al papel que tienen los mecanismos cognitivos en el aprendizaje y mantenimiento de las conductas basando su intervención en la modificación de dichos pensamientos para afrontar los problemas que presenta la persona

La terapia cognitivo- conductual une ambos enfoques explicando el problema tanto desde el punto de vista del aprendizaje conductual como centrándose también en los procesos cognitivos que operan para ayudar a que dicha conducta se mantenga

Desde esta perspectiva el temor la ansiedad y otros comportamientos afines se aprenden y también pueden desaprenderse

Se pone de relieve los procesos internos y externos del aprendizaje en la aparición de los trastornos psicológicos basándose en la idea de que los pensamientos negativos producen ansiedad (Dana R 1972)

Segun (Mahoney 1974 y Meichenbaum 1977 citado en Gross en 1998) muchos (sino que la mayoría) de los problemas clinicos se pueden describir mejor como trastornos del pensamiento y sentimiento dado que la conducta está controlada en gran medida por la forma en que se piensa la manera más efectiva de tratar de cambiar la conducta desadaptativa consiste en cambiar el pensamiento desadaptativo que reside detrás de ella

(Wessler 1986 citado en Gross R 1998) define la terapia cognoscitivo-conductual (TCC) como un conjunto de suposiciones acerca del trastorno y un conjunto de intervenciones de tratamiento en las que se asigna un papel central a cogniciones humanas Se deriva de varias fuentes teóricas y terapéutica y la forma en que se define y operacionaliza la cognición difiere segun los enfoques particulares Sin embargo Wessler destaca que el intento de cambiar la cognición (reestructuración cognoscitiva) siempre es un medio para lograr un fin donde el fin es obtener cambios duraderos en emociones y conductas blanco

El modelo cognitivo se basa en tres ideas

- 1 Usted se siente tal como piensa
- 2 Cuando está angustiado se está engañando a si mismo La ansiedad es consecuencia de pensamientos distorsionados ilógicos
- 3 Cuando cambie su manera de pensar podra cambiar su manera de sentirse

La terapia cognitivo- conductual se basa en la idea de que cada tipo de pensamiento o cognición produce un tipo determinado de sentimiento (Burns D 2008)

Entre los principales exponentes de este modelo de terapia cognitivo-conductual podemos mencionar a

► **Terapia Racional Emotiva (Ellis 1962 1973)**

Alber Ellis nacio en Pittsburg y fue educado en la ciudad de Nueva York Estudio Psicologia en la especialidad de psicoanálisis máster en Artes y doctorado en Filosofia en la Facultad de Psicologia Clinica de la Universidad de Columbia

Psicólogo clinico en ejercicio durante mas de medio siglo su experiencia como terapeuta psicoanalista se vio pronto enriquecida por sus aportaciones filosoficas y creativas prestando una importante atención al lenguaje con el que interpretamos nuestra experiencia

Sus teorias y su práctica se matenalaron en la Terapia Racional Emotivo Conductual (1955) y en el Instituto Albert Ellis de Nueva York del cual fue presidente y fundador Está considerado como uno de los

psicólogos más influyentes de nuestro tiempo consumado orador en conferencias y talleres por todo el mundo La Asociación Americana de Psicólogos lo reconoció como la segunda persona que ha prestado una mayor contribución al campo de la Psicología por delante de Sigmund Freud

Albert Ellis uno de los psicólogos más influyentes del siglo XX muere en el año 2007 Sus trabajos se iniciaron en los años 50 con una ruptura con el psicoanálisis predominante y promulgó lo que él llamaba Terapia Racional una corriente que evolucionó a lo que hoy llamamos Terapia Racional Emotiva Conductual algunas de cuyas técnicas son usadas por gran parte de los terapeutas en sus sesiones

La terapia racional emotivo-conductual (TREC) se define como un sistema de terapia que ayuda a las personas a vivir mejor a través de cual puede minimizar sus problemas emocionales y sus conductas desadaptadas lo que le permite autorrealizarse para tener una vida más plena y feliz (Ellis y Bernard 1990)

La filosofía descrita por Ellis (1955) fue publicada inicialmente bajo el nombre de terapia racional (Ellis 1958) sin embargo evolucionó a través de los años convirtiéndose posteriormente en terapia racional emotiva (TRE) hasta nuestros días en que se le conoce con el nombre de terapia racional emotivo-conductual (TREC)

Desde el año de 1955 Albert Ellis conceptualizó los términos de ideas irracionales creencias erroneas y poco asertivas acerca de uno mismo y las demás personas. Esto lo hizo a través de una conferencia presentada en el congreso anual de la American Psychological Association (APA) realizada en Chicago Estados Unidos siendo el creador de esta terapia.

La TREC está basada en la idea de que tanto las emociones como las conductas de un individuo son producto de las creencias que posee y de la interpretación que haga de la realidad (Ellis 1962).

Ellis consideraba que los pensamientos irracionales son la causa principal de todo tipo de angustia emocional y trastornos de la conducta. El pensamiento irracional conduce a un diálogo interno contraproducente de autoafirmaciones negativas y éstas se consideran conductas encubiertas que están sujetas a los mismos principios de aprendizaje de la conducta abierta.

De manera sencilla a los pacientes se les dice que vean el lado amable dejen de preocuparse dominen y demás. Como observa Walker (1984) el término racional no se debe tomar en forma demasiado literal dado que en ocasiones los pensamientos y creencias contraproducentes pueden reemplazarse con pensamientos y creencias más positivas y útiles pero igualmente irracionales.

Ellis (1962) identificó 11 creencias o ideas irracionales básicas que tienden a ser contraproducentes a nivel emocional y que por lo común se asocia con problemas psicológicos incluyendo absolutamente todos deben amarme y respetarme debo ser excelente en todos los aspectos posibles y nunca cometer errores de otra forma no valgo nada y no puedo controlar mis emociones

En la terapia racional emotiva (TRE) al paciente se le desafía a probar que no vale nada porque comete errores o a decir justo de qué manera el cometer errores le resta a uno valía como persona. Se debe dirigir en forma explícita a los pacientes a practicar ciertas afirmaciones positivas optimistas y en general se les insta a buscar los deberías cuando experimenten emociones inapropiadas (Wessler 1986 citado en Gross R 1998)

La TREC examina además la filosofía básica del individuo que constituye la base sobre la que surgen las inferencias sobre él mismo sobre los demás y sobre el mundo en general

El marco filosófico general de esta terapia se basa principalmente en la premisa estoica de que la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones (Epictetus 1980)

El modelo terapéutico denominado ABC se puede considerar dentro de la TREC como un marco de referencia muy amplio en donde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes

El modelo ABC de la conducta fue descrito por Ellis en el año de 1962

En este modelo el expone que hay un acontecimiento activante (A) que es interpretado por el individuo quien desarrolla una serie de creencias (B) sobre él mismo. A partir de esas creencias se desarrollan las consecuencias (C) que resultarían de la interpretación que el individuo hace de A.

Esta terapia racional emotivo- conductual establece una diferencia muy importante entre la ansiedad del ego y la ansiedad situacional en donde la ansiedad del ego se da como consecuencia de la condenación o evaluación global de la valía del ser humano mientras que la ansiedad situacional es producto de la baja tolerancia a la frustración (Ellis 1980 1987)

La ansiedad del ego está estrechamente relacionada con la depresión mientras que la ansiedad situacional está relacionada con la intolerancia a situaciones de incomodidad y frustración. La ansiedad del ego se define como la tensión emocional que resulta cuando las personas piensan en primer lugar que su valor como personas está

siendo amenazado en segundo lugar que siempre deben comportarse perfectamente y en tercer lugar que es horrible y catastrófico cuando fallan y/o si otras personas les rechazan cuando deberían aceptarlas (Lega Caballo y Ellis 2002)

La ansiedad situacional aunque inicialmente está relacionada con la poca tolerancia a situaciones de incomodidad y frustración o peligro puede generalizarse a sentimientos de ansiedad depresión y vergüenza asociados con dicha situación

Ellis (1987) sostiene que la ansiedad situacional aparece más frecuentemente que la ansiedad del ego pero al presentarse en una forma menos dramática se identifica como un síntoma secundario y muchas veces pesa desapercibida o es mal diagnosticada y se llama ansiedad generalizada

► **Tratamientos de los pensamientos automáticos (Beck 1963)**

El Doctor Aaron T. Beck es presidente del Instituto de Beck para la Terapia e Investigación Cognitiva y profesor de Psiquiatría en la Universidad de Pennsylvania. Se graduó en la Universidad de Brown en 1942 y en la Escuela de Medicina de Yale en 1946 (Cabezas H. Lega L. 2006)

En la década de 1960 el Dr Beck desarrolló el sistema de psicoterapia llamada Terapia Cognitiva (también conocida como 'Terapia de Comportamiento Cognitivo o 'TCC) que tuvo gran difusión y reconocimiento por el enfoque que dio hacia las perturbaciones emocionales sobre todo en lo concerniente a la depresión y la ansiedad

Su hija la Dra Judith Beck es psicóloga y se ha especializado en Terapia Cognitiva siendo uno de sus principales sucesores dentro del campo de estudio abierto por el

Beck consideraba que las personas depresivas se ven a sí mismas como víctimas. Los elementos clave en la depresión son los pensamientos negativos acerca de uno mismo, el mundo y el futuro (la tríada cognoscitiva de la depresión) y estos pensamientos parecen llegar en forma automática e involuntaria.

La fuente de tales pensamientos son errores lógicos basados en datos equivocados y una vez que se ha identificado el pensamiento negativo se le puede reemplazar mediante recolectar evidencia contraria. En consecuencia Beck considera que el cliente es un colega del terapeuta que investiga la realidad verificable (Wessler 1986 citado en Gross R 1998).

La terapia cognoscitiva de Beck es menos confrontativa que la terapia racional emotiva (TRE) y su uso se ha extendido a la ansiedad y los trastornos de personalidad entre otros

El doctor Aaron Beck de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania ha bautizado esta teoria con el nombre de teoria de la especificidad cognitiva (Burns D 2008)

Uno de los grandes aportes de este enfoque (Beck 1979) fue el identificar las distorsiones cognitivas. Se planteó que en la ansiedad las actitudes y los esquemas cognitivos giran alrededor de amenaza siendo esta considerada como acontecimientos reales y potenciales

Otro aspecto a tomar en cuenta en cuanto a la ansiedad es que el acontecimiento precipitante aun no se ha desencadenado en la persona pero le preocupa en forma prioritaria (Cabezas H Lega L 2006)

4 HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO POR MEDIO DE LA RELAJACION

4.1 La terminologia del Afrontamiento Origenes y Definiciones

El termino "afrontar" significa ser capaz de competir con alguien o algo que constituye una amenaza. En uno de los primeros intentos para definir el afrontamiento (Folkman y Lazarus 1980) sugirieron que el afrontamiento consiste en

todos los esfuerzos cognitivos y conductuales para superar reducir o tolerar las demandas

No importa si las demandas estan impuestas desde el exterior (por la familia el trabajo o los amigos) o desde el interior (cuando se lucha con un conflicto emocional o cuando se colocan patrones muy elevados imposibles de alcanzar)

El afrontamiento busca de algun modo suavizar o atenuar el impacto de las demandas Al afrontar se realizan una serie de transacciones entre las personas que tiene un conjunto de recursos valores y compromisos y un ambiente especifico el cual tambien cuenta con sus propios recursos demandas y contrastes (R S Lazarus y Launier 1978 citado en Taylor S 2003)

4 2 Afrontar las tensiones Metodos de relajacion

Probablemente la habilidad de afrontamiento más frecuentemente utilizada es la reducción de la tensión La tension es un aviso fisico de que algo no funciona bien Se produce habitualmente debido a algun acontecimiento reciente que ha producido una agitación interna

En presencia de la amenaza el cuerpo despliega sistemas defensivos que conducen a una mayor activacion fisiológica Esta activación se traduce normalmente como un aumento de la tensión muscular de la tasa cardiaca de la respiración y de la presion sanguinea entre otros efectos Cuando la activacion fisica continua durante largos periodos tiene generalmente efectos perjudiciales sobre los procesos mentales y fisicos

Tienen lugar perturbaciones del sueño la energía disminuye y la fatiga se instala La presión sanguínea puede alcanzar niveles poco deseables Con un aumento prolongado de la presión sanguínea las grasas nocivas se depositan en la corriente sanguínea a una velocidad superior se pueden formar placas y la presión sanguínea puede elevarse aun más Si no se reduce la tensión la persona puede sentir como si estuviera bajo una presión constante incluso cuando la fuente original de ansiedad se ha eliminado hace tiempo Esto sugiere que el reducir o eliminar la tensión puede ser beneficioso por si mismo

La relajación parece ser la técnica utilizada más ampliamente y tiene el mayor efecto positivo sobre los resultados del afrontamiento A menudo se refieren a la relajación como la aspirina de las técnicas del afrontamiento en relajación muscular y es económico está disponible facilmente y sin embargo es un método muy potente para afrontar la tensión

La relajación se considera hoy día una técnica que puede emplearse tanto con niños como adultos A menudo se enseña en sesiones individuales en la que el terapeuta se la enseña a un paciente Además se puede practicar en grupo e incluso ahora también en programas de autoayuda

El entrenamiento en relajación descansa en una suposición sencilla no se puede estar relajado y tenso al mismo tiempo La tensión y la relajación son estados del cuerpo que corresponden a dos partes del sistema nervioso autónomo el simpático y el parasimpático

Cuando nos encontramos en un estado de activación como cuando estamos asustados enfadados activados o nos sentimos amenazados el sistema simpático tiene el control. Éste es el sistema de lucha o-huye o sistema de emergencia. La sangre se retira del tracto digestivo para proporcionar energía a importantes grupo de músculos como los brazos y las piernas. La tasa cardíaca y la presión sanguínea suelen elevarse.

Durante los estados de activación el cuerpo quema energía con una gran rapidez. Aumenta la tasa respiratoria y puede que el cuerpo sude. La tensión muscular aumenta notablemente.

Esta tensión no es una cuestión de todo o nada. El grupo que se tense habitualmente dependerá de factores únicos al cuerpo del individuo y a la forma con que se enfrente la ansiedad. La gente puede sentir tensión en la espalda, en el cuello, en el estómago, en la frente.

Por el contrario, cuando nos encontramos en un estado de ánimo tranquilo o dormidos el sistema parasimpático toma el control. La tasa cardíaca disminuye, la presión sanguínea suele bajar y la respiración se vuelve más lenta y fluida. La sangre vuelve al centro del cuerpo para la digestión y almacenamiento de energía. La tensión muscular disminuye y la gente suele informar de una sensación de relajación o pesadez muscular.

Los procesos parasimpáticos son opuestos a los procesos simpáticos, es decir, estos dos sistemas son inhibidores recíprocos. No se puede activar a ambos sistemas a la

vez Si uno está relajado no puede estar tenso Por medio de la práctica de la relajacion se puede poner bajo control el sistema parasimpatico

Los clinicos creen que son cuatro las condiciones para una práctica con éxito de la relajacion el lugar el estado de ánimo la preparacion y las precauciones médicas

Así con respecto al lugar se ha de seleccionar una habitación agradable donde uno se puede aislar de los demás durante un rato La temperatura debe ser la adecuada y el sillón cómodo Es conveniente practicar los ejercicios de relajación dos veces al día aproximadamente a la misma hora cada día durante las primeras tres a cuatro semanas

Las reglas más importantes para establecer un estado de ánimo apropiado son cultivar un sentido de atención pasiva no tratar de obligar a que tenga lugar la relajación no tener prisa no utilizar fármacos ni drogas entrenar primero y practicar después Y no temer sensaciones diferentes Finalmente las personas con determinadas condiciones físicas como lesiones en la espalda fracturas de huesos deben tener cuidado

La relajación se define como un estado físico en donde los musculos se encuentran en reposo aunado a un estado de conciencia de la calma y ausencia de ansiedad Es un estado de satisfacción tanto física como psicológica donde el gasto energético y metabólico se reduce considerablemente

El objetivo de la relajación es que los sujetos aprendan y experimenten determinadas tecnicas que se pueden aplicar a la vida cotidiana De esta forma cambian su

comportamiento con el propio cuerpo lo cual supone cambios en su comportamiento ante situaciones temidas por su alto contenido de factores ansiosos (Phillip L. Rice en Caballo V 2008)

La relajación muscular progresiva (RMP) es una idea genial de Edmund Jacobson un médico de Estados Unidos de América en medicina interna y psiquiatría y un fisiólogo. Fue el fundador de la relajación muscular progresiva y biorretroalimentación. En 1929 después de veinte años de investigación Jacobson comenzó a publicar sus resultados en el libro *relajación progresiva*. Su obra principal *‘Tienes que relajarte’* dirigiéndose al público en general salió en 1934. Jacobson proporcionó muchos detalles sobre la Relajación muscular Progresiva (RMP) permitiendo que el método fuese accesible para casi todo el mundo. A través de los años otros autores han añadido cosas la han apoyado por medio de la investigación y han ayudado a refinar la práctica.

5 PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD

Programa de entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) para la disminución de la ansiedad tanto específica como general. Presenta la literatura empírica que apoya el empleo del entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) para concluir que tiene un apoyo empírico sólido.

5.1 Historia y Fundamentos

En los años sesenta la desensibilización sistemática el primer tratamiento conductual para los trastornos por ansiedad había demostrado que funcionaba bien con las fobias

Sin embargo teórica y prácticamente la desensibilización no era adecuada para trastornos por ansiedad general difusa. A menos que se pudieran especificar y organizar jerárquicamente los estímulos provocadores de ansiedad no se podía llevar a cabo la desensibilización

El Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA) se basó inicialmente en la teoría de impulso sobre la ansiedad en la cual la ansiedad se conceptualizaba como una respuesta a los estímulos internos y externos y como poseedora de propiedades estimulantes que influían sobre respuestas posteriores

De modo específico en una cadena de conducta en desarrollo la ansiedad era una respuesta para los estímulos precedentes y un estímulo para la conducta posterior y un individuo aprendía respuestas que disminuían las propiedades estimulantes aversivas de la ansiedad

Se planteaba que se podía entrenar a los individuos a discriminar las propiedades estimulantes de la ansiedad y aplicar nuevas habilidades de afrontamiento con las que disminuir la ansiedad

Por siguiente la EMA entrena a los individuos a identificar las sensaciones y señales de ansiedad internas cognitivas emocionales y fisiológicas especialmente los

primeros signos de activación y reaccionar entonces a estas señales como una nueva conducta que está diseñada para disminuir la aversividad de las respuestas de ansiedad

En principio el EMA entrañaba el empleo de la relajación y de respuestas de competencia como respuestas de afrontamiento incompatibles con la ansiedad. Posteriormente se abandonó el empleo de respuestas de competencia debido a la dificultad de localizarlas en pacientes ansiosos y de emplearlas en circunstancias productoras de ansiedad y también a causa de la facilidad de utilizar la relajación en las distintas situaciones y con diferentes individuos.

Además, el EMA se replanteó también en términos de autocontrol o de automanejo a mediados de los años setenta de modo que la explicación y los procedimientos se enmarcan en el entrenamiento del paciente para que reconozca la aparición de la ansiedad y en cómo automanejar la reducción de la misma por medio de la aplicación de las habilidades de relajación liberando por consiguiente el empleo de otras habilidades de afrontamiento (Deffenbacher J en Caballo V E 2002)

5.2 Base empírica

Un tratamiento teóricamente sólido pero sin un apoyo empírico tiene poco atractivo para ser recomendado. El entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) se ha mostrado eficaz con una serie de ansiedades situacionales. Por ejemplo, en el primer estudio del entrenamiento en el manejo de la ansiedad EMA (Sunn y Richardson 1971) cuando esta estrategia se comparó con una condición de control se mostró eficaz para reducir la ansiedad ante las matemáticas y ante los exámenes en sujetos

universitarios con ansiedad antes las matemáticas y fue tan eficaz como la desensibilización sistemática

El entrenamiento en el manejo de la ansiedad EMA en uno u otro formato redujo no solo la ansiedad ante los exámenes o a hablar en publico sino la ansiedad general también. Además los seguimientos realizados a los 12 – 15 meses (Deffenbacher y Michaels 1981) mostraron que las reducciones en la ansiedad específica antes los exámenes o a hablar en publico y en la ansiedad generalizada se mantenían a largo plazo

Finalmente el EMA habia reducido eficazmente tanto la ansiedad social (Hill 1977) como la ansiedad que rodeaba la indecision profesional (Mendonca y Siess 1976). Los problemas de ansiedad general se han tratado tambien con éxito por medio del entrenamiento en el manejo de la ansiedad EMA. Por ejemplo en un estudio con estudiantes universitarios que sufrían de ansiedad general (Hutchings 1980) se demostró que cuando se comparaba con una condición control el EMA producía informes de reducción de la ansiedad general así como de los síntomas fisiológicos de la ansiedad de neuroticismo y de ansiedad estado

El entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) es una intervención bastante sólida y bien establecida. Existe una amplia literatura que muestra la disminución de la ansiedades específicas y en varios de estos estudios los efectos de la generalización se encontraron para otros tipos de ansiedad no previstos

Las condiciones de ansiedad general se han aliviado eficazmente también con el entrenamiento en el manejo de la ansiedad EMA y se ha producido la generalización a otras emociones como la ira y la depresión en algunos estudios. El entrenamiento en el manejo de la ansiedad EMA ha sido eficaz también con una serie de otras condiciones de ansiedad y de estrés.

En general, el entrenamiento en el manejo de la ansiedad EMA es tan eficaz o más que otras intervenciones y cuando se dan periodos de seguimiento se han demostrado efectos a largo plazo. Parece existir una sólida literatura empírica que apoya la eficacia del entrenamiento en el manejo de la ansiedad EMA (Deffenbacher J en Caballo V E 2002).

5.3 Integración del EMA con otros enfoques terapéuticos

La terapia cognitiva es muy apropiada para los pacientes con TAG teniendo en cuenta los importantes elementos cognitivos implicados y el EMA puede integrarse fácilmente con ella. El EMA puede introducirse al inicio de la terapia con el fin de reducir los elementos de activación emocional y fisiológica. Conforme el paciente obtiene control emocional se encuentra más preparado para los cambios cognitivos. Como poco, el EMA ayuda a formar una relación terapéutica razonablemente buena, lo que proporcionará la base de una integración posterior con la terapia cognitiva.

Además de la reestructuración cognitiva y el ensayo de las habilidades de afrontamiento cognitivas pueden añadirse fácilmente en sesiones posteriores del EMA. En otras palabras, los pacientes pueden practicar las habilidades de

afrontamiento cognitivos y de relajación para reducir la ansiedad producida por las escenas de ansiedad

El EMA puede integrarse también con enfoques de adquisición con enfoques de adquisición de habilidades para individuos ansiosos y con déficit en habilidades. Para los individuos con un TAG el déficit en habilidades podría incluir la solución de problemas, la asertividad. Se sugiere otra vez que el EMA preceda a los principales elementos del programa de adquisición de habilidades.

El tener un conjunto eficaz de habilidades de afrontamiento por medio de la relajación puede permitir a los pacientes que se enfrenten más cómodamente a las situaciones y que se beneficien más de las actividades de ensayo habituales de la mayoría de los enfoques de adquisición de habilidades.

Esto puede ser así porque son más capaces de reducir su ansiedad e implicarse más enteramente en la situación. Además, conforme el paciente aprende a controlar mejor su ansiedad, puede ir mostrando más habilidades ya que éstas podrían haber estado enmascaradas por la ansiedad interfiriente.

Obviamente, el EMA puede combinarse con programas de adquisición de habilidades conductuales y cognitivas. Esto se ha realizado con éxito en el caso de ansiedades sociales (Pipes, 1982) de individuos indecisos y ansiosos en el terreno laboral (Mendonça y Siess, 1976) y de la ira (Deffenbacher, 1990).

Para muchos pacientes con un TAG y otros trastornos por ansiedad, el EMA puede combinarse de forma eficaz con la medicación ansiolítica. Se sugiere que la

medicación se prescriba al inicio de la terapia con el fin de reducir los elevados niveles de activación o de pánico

Esto proporciona al paciente un rápido alivio. Conforme desarrolla más habilidades de autocontrol de la ansiedad con el EMA se puede reducir la medicación y transferir el control de la ansiedad a la relajación al desarrollar destreza y eficacia en la aplicación de las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación

(Deffenbacher J en Caballo V E 2002)

6 ALDEAS INFANTILES S O S DE PANAMA

6 1 Historia de las Aldeas Infantiles S O S

Aldeas Infantiles SOS nació de la idea de Hermann Gmeiner en 1949 un hombre idealista humanista y con amplia visión de origen austriaco y con una experiencia de vida similar a la que pueden vivir algunos niños y niñas de las Aldeas Infantiles SOS porque perdió a su madre cuando era muy pequeño y fue una de sus hermanas quien con apenas 15 años se ocupó de él y de sus siete hermanos

Durante la segunda Guerra Mundial muchos niños y niñas perdieron a sus padres. Ante esta terrible realidad Gmeiner soñó con la idea de un lugar donde los niños y niñas en situación de riesgo social recibieran todo lo que él una vez recibió de su hermana y sus hermanos. Es así como en 1949 nació en la población de Imst en

Austria la primera Aldea Infantil SOS para atender a los niños que sufrieron la consecuencia del conflicto armado

Gmeiner se hizo de un grupo de amigos y ayudantes con quienes consolidó una filosofía que ha dado paso a más de 423 Aldeas Infantiles SOS y más de 1119 dispositivos SOS hospitales colegios guarderías talleres de formación residencias de jóvenes En la actualidad alrededor de 200 000 niños niñas y jóvenes en más de 131 países son atendidos en todo el mundo

El objetivo de Aldeas infantiles SOS en todo el mundo es ofrecer a los niños niñas y jóvenes una familia un hogar estable y una formación sólida para alcanzar una vida autónoma Adopta un modelo familiar de carácter universal cuyo contenido está definido por las características sociales y culturales propias de cada país

Su misión es integrar social y familiarmente a los niños y niñas que sean confiados de forma eficaz y positiva impulsando su autonomía y emancipación en igualdad de derechos y obligaciones que el resto de jóvenes consiguiendo que sean y se sientan ciudadanos cálidos para la sociedad

Uno de los principios de aldeas infantiles SOS es trabajar en las instituciones con personas originarias del país Más de 50 años de trabajo respaldados por el compromiso generoso de personas han hecho posible alcanzar unos resultados positivos que permiten devolver la esperanza y labrar un futuro de muchos niños

6.2 Antecedentes de las Aldeas Infantiles SOS de Panamá

Con el interés de resaltar el valioso aporte que las organizaciones sin fines de lucro ofrecen a nuestra sociedad en general es que esta investigación se realiza en una de ellas como lo es Aldeas Infantiles SOS Panamá en sus inicios surge como resultado del apoyo de un grupo de personas locales y extranjeras

En 1981 se fundó la Asociación Nacional Aldeas Infantiles SOS Panamá Ese mismo año se iniciaron las obras de construcción de la primera Aldea Infantil SOS en la ciudad de Panamá Ésta fue construida en uno de los primeros terrenos que fueron devueltos a Panamá debido al Tratado Torrijos Carter (1977) entre los Estados Unidos de América y Panamá para la reglamentación del derecho de soberanía sobre el Canal de Panamá y la Zona del Canal

El día de la apertura de la Aldea Infantil SOS en la ciudad de Panamá fue el 20 de abril de 1982 Hermann Gmeiner presidió la ceremonia de inauguración

A mediados de los años ochenta la situación política y la agudización de la crisis con el socio comercial más importante los Estados Unidos de América llevaron al país a una crisis socioeconómica

Para poder asegurar el sustento familiar tanto el padre como la madre se vieron forzados a trabajar y madres solteras tuvieron que mudarse a grandes centros de aglomeración para encontrar allí trabajo bajo estas condiciones los que más sufrían

eran los niños y niñas y adolescentes que no disfrutaban de la atención apropiada o incluso algunos eran abandonados

Ante la situación que estaba presentándose las Aldeas Infantiles SOS reaccionó en las décadas siguientes con la construcción de Aldeas Infantiles SOS e instituciones de atención adicionales. La asociación nacional de Aldeas Infantiles SOS de Panamá se propuso dar a los niños huérfanos y abandonados una familia y un hogar seguro sin distinción de raza o nacionalidad. La Aldea Infantil SOS Panamá se compone de 17 casas familiares: la casa del director de la aldea, una casa para empleados SOS, una casa comunitaria con una sala multiusos y una biblioteca, así como de un área administrativa y de servicios. A los niños, niñas y jóvenes les gusta pasar su tiempo libre en el parque infantil o en las canchas de béisbol y de baloncesto de la Aldea Infantil SOS.

Cuando llegan a una edad cercana a los 15 años, los jóvenes suelen mudarse al Hogar Juvenil SOS. Allí continúan con sus estudios o formación profesional y se preparan para llevar una vida independiente. En el terreno de la aldea también se encuentra el Centro de Formación SOS donde tienen lugar las diversas actividades de formación continua para madres SOS y colaboradores.

Aldeas Infantiles SOS Panamá es la primera ONG en Panamá en implementar un modelo familiar de atención a largo plazo durante 30 años consecutivos basándose en cuatro principios: La madre, los hermanos y hermanas, la casa y la aldea, destinados únicamente para aquellos niños y niñas que requieren de un nuevo hogar.

en el seno de una familia permanente. Se les ofrece donde crecer hasta ser suficientemente maduros para iniciar su vida independiente.

En Aldeas Infantiles SOS Panamá creen sinceramente que con el esfuerzo de todos se puede trabajar en el buen camino y que esto se traducirá en un paso significativo hacia la prevención de desigualdades y la construcción de una sociedad sin marginación infantil.

Así, al comprometerse con algo y llevarlo hasta el final, los niños se van haciendo mayores y esto implica que hay que tomar decisiones, primero pequeñas y luego otras más importantes. En ocasiones, claro está, se pueden equivocar al decidir, pero la clave consiste en sacar conclusiones de los errores. Esto hará que cada vez estén más preparados para comprometerse con sus proyectos, su entorno, su país y su planeta.

También pretenden que los jóvenes tengan los suficientes recursos tanto para estudiar como para relacionarse a nivel sentimental, social y personal, para que no tengan problemas a la hora de desenvolverse en la sociedad.

6.3 Las madres tías en las Aldeas Infantiles SOS de Panamá

Debemos hacer que la profesión de madre tía en Aldea Infantil SOS sea interesante tanto en el sentido intelectual como espiritual. Hermann Gmeiner, Fundador Aldeas Infantiles SOS.

Aldeas Infantiles SOS Panamá ofrece a los niños y niñas un nuevo hogar donde viven atendidos al cuidado de una responsable de hogar (Madre SOS) en una Familia SOS integrada en la Aldea Infantil. La familia SOS está formada por niños de diferentes edades y de ambos sexos. Los niños permanecen en la organización hasta su independencia siempre que no se determine lo contrario.

Los cuatro principios concebidos por Hermann Gmeiner, el fundador de Aldeas Infantiles SOS, son los cuatro pilares pedagógicos en los que se cimenta esta labor y son:

La Madre SOS, es una persona de referencia estable (responsable del Hogar) que constituye el núcleo fundamental de la familia SOS. Todo niño acogido en Aldeas Infantiles SOS tiene como referencia afectiva una madre SOS, quien se encarga de compartir sus preocupaciones, deberes y alegrías. Como profesional al cuidado de niños en familia, guía su desarrollo proporcionándoles la seguridad, la estabilidad y el amor que necesitan. Es ayudada y apoyada por otros profesionales en función de las necesidades de los niños que atiende. Al aceptar al niño, acepta su cultura, su religión y su historia socio-familiar.

Los Hermanos biológicos crecen y permanecen juntos. La familia SOS desarrolla lazos positivos creando un ambiente de confianza y apoyo mutuo. La Familia SOS está compuesta por la Madre SOS y un grupo de niños de distintas edades que viven en el hogar SOS.

La Casa, es el hogar de la familia SOS. Cada familia SOS vive en su propia casa que representa para el niño un hogar estable. El clima y la dinámica que se genera es específica de cada hogar. Proporciona a los niños seguridad y sentimiento de pertenencia, compartiendo las responsabilidades, alegrías y tristezas de la vida cotidiana. El hogar SOS es símbolo de protección y espacio vital para la Familia SOS.

- La Aldea Infantil SOS, donde las Familias SOS conviven formando una comunidad Educativa. Aquí los niños juegan y establecen relaciones que favorecen su desarrollo. Las diferentes Familias SOS comparten experiencias y se apoyan mutuamente, integrándose en el entorno social (barrio, ciudad, colegio). A través de la Familia SOS, la aldea Infantil SOS y la comunidad, cada niño aprende a participar activamente en la sociedad. Un Aldea Infantil SOS comprende normalmente de 8 a 12 casas.

Las madres tías comparten su vida con los niños y niñas ofreciéndoles seguridad emocional y la oportunidad de construir nuevos vínculos duraderos en sus familias SOS en un entorno en donde el amor puede crecer.

Al mismo tiempo las madres SOS son unas profesionales que se encargan de la atención de los niños y niñas que reciben el apoyo de los y las colaboradores/as para responder a las necesidades de sus hijos e hijas.

En el centro del modelo familiar SOS está el vínculo permanente y estable entre la madre SOS y los niños y niñas que le han sido confiados para su atención y cuidado.

Las Madres al compartir su vida y sentimientos con ellos construyen una familia que les brinda amor donde las heridas emocionales pueden sanar y la confianza puede crecer.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

CAPITULO II METODOLOGÍA

1 Planteamiento del Problema

A través de la investigación se espera responder al siguiente problema de investigación

¿Los niveles de ansiedad en el grupo de madres tías de las Aldeas S O S de Panamá disminuyen luego de participar en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA)?

2 Justificacion

Durante los últimos tiempos se ha escuchado acerca de los efectos de la ansiedad en la salud física emocional y social de las personas que laboran en ambientes que demandan altos niveles de concentración responsabilidad y compromiso

Las madres tías de las Aldeas S O S de Panama son mujeres que han asumido voluntariamente ejercer este rol tan critico y delicado como es el cuidado y atencion de niños y niñas que han sido abandonados por sus progenitores muchos de ellos víctimas del maltrato físico y emocional

Debido a que Aldeas S O S igual que cualquier otra institución social adolece de personal y programas suficientes es por lo cual una intervención de esta índole beneficiará a todas las madres tías sobre todo para que se promueva y se vele por su adecuada salud física y fundamentalmente su salud mental ya que en la medida que sean madres saludables emocionalmente podrán proveer y satisfacer de toda la demanda afectiva que estos niños y niñas necesitan para que sean adultos responsables y así contribuyamos en los cimientos para una sociedad más equilibrada

Preocupada por esta situación y en la búsqueda de alternativas para apoyarlas es por lo cual se incorpora este programa de intervención para la reducción de los niveles de ansiedad que se manifiestan en estas madres tías que laboran en las Aldeas S O S de Panamá aplicando en ellas el entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de ansiedad (EMA) porque con este aporte esperamos establecer las bases para el reconocimiento de la importancia que la atención psicológica puede ofrecer al desarrollo integral de este personal donde nosotros como profesionales de la salud mental debemos ser parte de este compromiso de contribuir a mejorar no solo la calidad de vida de estos niños y niñas sino también que las madres tías puedan sentir el desarrollo de estrategias que le faciliten incorporar habilidades de afrontamiento que las ayuden en su labor diaria repercutiendo muy positivamente en el buen manejo con su grupo de niños y niñas y sobre todo con ellas mismas

Es por lo cual esta investigación tiene relevancia ya que cada día es más frecuente observar los altos niveles de ansiedad que existe en estas instituciones de atención y cuidado infantil

Esperando entonces que a través de este estudio podamos facilitar información y estrategias terapéuticas para el manejo de esta problemática en estos organismos sin fines de lucro que reclaman que el personal cuente con una estabilidad emocional que les permita enfrentar los retos de su importante labor para nuestra sociedad ya que ellos son parte de ese desarrollo integral en esta población tan vulnerable como son nuestros niños y niñas

3 Objetivos

Objetivo general

- Reducir los niveles de ansiedad en las madres tías de las Aldeas Infantiles SOS de Panamá a través del entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de ansiedad (EMA)

Objetivos específicos

- Analizar la relación entre el incremento de las habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento

en el manejo de ansiedad (EMA) y la disminucion de los niveles de ansiedad

- Disminuir los niveles de ansiedad en el grupo de madres tías de las Aldeas Infantiles S O S de Panama
- Evaluar la efectividad del programa de entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) en la reducción de los niveles de ansiedad de las madres tías de las Aldeas Infantiles S O S de Panamá

4 Hipotesis

4 1 Hipótesis de Investigación

H_1 Los niveles de ansiedad estado observada después del tratamiento serán menores que al inicio del mismo

4 2 Hipótesis Nula

H_0 Los niveles de ansiedad estado observada después del tratamiento seran mayores o iguales que al inicio del mismo

4.3 Hipótesis Estadística

$$H_1: \bar{X}_1 < \bar{X}_2$$

$$H_0: \bar{X}_1 \geq \bar{X}_2$$

H_1 Los niveles de ansiedad estado observada después del tratamiento serán menores que al inicio del mismo

H_0 Los niveles de ansiedad estado observada después del tratamiento serán mayores o iguales que al inicio del mismo

5 Variables

5.1 Variable Independiente

Programa de intervención para reducir los niveles de ansiedad en un grupo de madres tías de las Aldeas Infantiles SOS de Panamá a través del entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de ansiedad (EMA)

5.2 Variable Dependiente

Ansiedad

6 Definiciones

6.1 Definiciones Conceptuales

Variable Independiente

Programa de intervenciones para reducir los niveles de ansiedad en un grupo de madres tías de las Aldeas Infantiles S O S de Panamá a través del entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) (Deffenbacher J En Caballo V E 2002)

Variable Dependiente

La Ansiedad – Estado (A Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un

aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

Puntuaciones en la Escala IDARE arriba de 50 (Spielberger Ch y Guerrero R IDARE (1975)

6.2 Definición Operacional

Variable Independiente

Programa de intervención para reducir los niveles de ansiedad en un grupo de madres tías de las Aldeas Infantiles S O S de Panamá a través del entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) (Deffenbacher J En Caballo V E (2002)

- Entrevista clinica completa
- Siete Sesiones individuales
- Siete Sesiones grupales de 2 horas dos veces por semana

Variable Dependiente

Ansiedad Se aplicará el Inventario de la Ansiedad Rasgo Estado

(IDARE) (Ver Anexo N°5)

Hoja de Autoregistro de Relajacion (Ver Anexo N° 6)

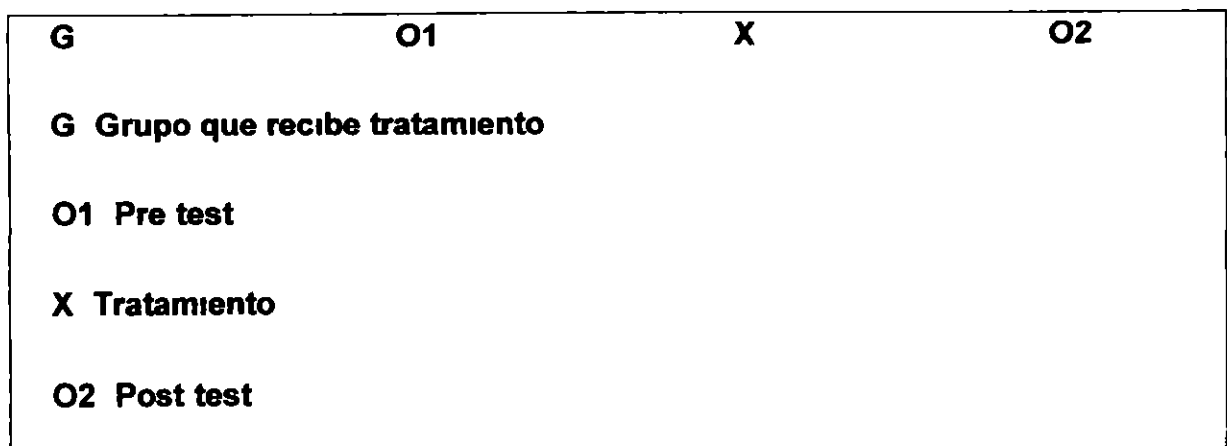
7 Estrategias de Investigacion

7 1 Tipo de Investigacion

Esta es una investigación pre-experimental

7 2 Diseno de Investigacion

El diseño de investigación es de preprueba postprueba con un solo grupo Se diagrama de la siguiente manera



8 Población

Este estudio de intervención tiene como población objetivo a todas las 14 mujeres que se desempeñaban como madres tías en la Aldeas Infantiles S O S de Panamá en el momento de realizar la investigación

9 Muestra

En esta investigación sólo se trabajará con seis madres tías de las Aldeas Infantiles S O S de la ciudad de Panamá por dos razones distancia y costos. A continuación presentamos una tabla con los datos demográficos de nuestra muestra

Sujeto Nº	Edad	Escolaridad	Tiempo de laborar en Aldeas S O S
Nº 1	50 años	Segundo ciclo	5 años
Nº 2	46 años	Segundo ciclo	12 años
Nº 3	42 años	Universidad (IV año)	2 años
Nº 4	37 años	Universidad (II año)	6 años
Nº5	40 años	Primaria	2 años
Nº 6	36 años	Licenciatura	2 años

9.1 Métodos de Selección

9.1.1 Criterios de Inclusión

- Presentar niveles de ansiedad clínicamente significativas
- Laborar en las Aldeas Infantiles S O S de Panamá

- Deseos de participar en el tratamiento y anuentes a cumplir con todas las sesiones que se presenten
- La participación es voluntaria se requiere una constancia por escrito es decir el contrato terapéutico

9 1 2 Criterios de exclusion

Los criterios de exclusión para las participantes del estudio son

- No desear participar en el estudio
- Faltar a 3 sesiones continuas

10 Instrumentos de Evaluacion

- IDARE El Inventario de Ansiedad Rasgo Estado esta constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad 1 La llamada Ansiedad Rasgo (A Rasgo) y 2 La llamada Ansiedad Estado (A Estado) La escala A Rasgo consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente La escala A Estado tambien consiste en veinte afirmaciones pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado

Las puntuaciones para ambas escalas varian desde una puntuacion minima de 20 a una maxima de 80 en progresion con el nivel de

ansiedad los puntajes arriba de cincuenta muestran ansiedad. Los sujetos contestan a cada uno de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro dimensiones que van de 1 a 4. En la escala A Estado son: 1 No en lo absoluto, 2 Un poco, 3-Bastante, 4 Mucho; y en la escala A Rasgo son: 1 Casi nunca, 2 Algunas veces, 3 Frecuentemente, 4 Casi siempre.

En nuestra investigación aplicamos ambas escalas, sin embargo analizamos los resultados obtenidos en la escala A Estado, ya que la Ansiedad A Rasgo se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A Estado. Se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala A Estado se incrementan en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuyen como resultado del entrenamiento en relajación (Spielberger Ch y Guerrero R I D A R E (1975) (Ver Anexo N° 5).

- Entrevista clínica es un instrumento muy importante en las diversas formas de nuestro tratamiento psicológico porque precede, acompaña y sigue al tratamiento. La entrevista es una conversación que tiene un propósito o meta dirigida en obtener los niveles de ansiedad de las madres tías.

- Hoja de Autoregistro de Relajación Esta hoja nos permite observar las reacciones de las madres tías ante determinadas situaciones problemáticas y posteriormente nos ayudó a reducir sus niveles de ansiedad por medio de la relajación (Ver Anexo N° 6)

11 Diseño Estadístico

El diseño estadístico debe corresponder con el objetivo y el diseño de investigación En este caso se utilizará la prueba t para grupo dependientes ya que se trata de un solo grupo

12 Estadístico de Prueba

Los datos obtenidos estadísticamente se analizarán mediante la estadística no paramétrica con la prueba de T de Student

13 Selección del nivel de significación

Se ha tomado un nivel de significación o alfa (α) de 0.05

14 Procedimiento

- Una vez especificado el tema de investigación y el diseño metodológico procedimos a buscar y examinar diversas fuentes bibliográficas sobre el tema
- Con el material bibliográfico se llevó a cabo la construcción del marco teórico y los temas de las sesiones tanto individual como de grupo

- Solicitamos permiso a las autoridades pertinentes en las Aldeas S O S para realizar la intervención psicoterapéutica en sus instalaciones
- Se entrevisto a las madres tias para determinar si cumplian con los criterios de inclusión de esta investigación Se solicito la firma de la nota de consentimiento informado
- Posteriormente se continuo con la entrevista clinica psicológica y se confecciono la historia clinica y el diagnóstico multiaxial para cada una de ellas El Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) es utilizada para medir los posibles niveles de ansiedad Esta pre prueba fue aplicada una semana antes de haber iniciado tratamiento y así continuar con las sesiones las que fueron organizadas para asignarles actividades y tareas para la casa Luego de la primera medición se procedió a aplicar el tratamiento Entrenamiento en el manejo de la ansiedad E M A (sesiones individuales y grupales) a las 6 madres tias Sin embargo este tratamiento solo lo culminaron 3 de ellas El programa se mantuvo con una frecuencia de dos veces por semana por un periodo de dos meses y medio El total fueron 7 sesiones individuales con un período de duración de una hora cada una y 7 sesiones grupales por un lapso de tiempo de 2 horas las sesiones individuales y grupales se realizaron de manera intercalada dos veces por semana con la finalidad que las madres tias participantes lograran reforzar los temas presentados Después de haber finalizado el entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el

entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) se realiza la sesión de evaluación para aplicar el post test (Para detalles de las sesiones revisar el anexo N° 2)

- Después iniciamos a ordenar los resultados obtenidos por la aplicación del pre-test y el post test completado solo por tres de las madres tías. Posteriormente se procedió al análisis de los resultados utilizando la prueba t para grupo dependiente aun cuando al finalizar esta investigación solo quedaron tres participantes. Sin embargo esta prueba estadística nos permitió realizar esta revisión de los datos de nuestro estudio. Luego pasamos a confeccionar los cuadros y gráficas para una mejor comprensión del análisis estadístico de nuestros resultados.
- Se presenta la discusión, conclusiones y recomendaciones correspondientes para consideración de los lectores de este estudio de investigación.
- En el estudio se emplearon recursos financieros propios. Un costo aproximado del mismo es de 1 100 (Mil cien Balboas) sin contabilizar las horas de trabajo de la revisión bibliográfica y elaboración de la tesis de investigación.
- Es importante mencionar las limitaciones que aparecieron en la realización de esta investigación. A continuación las presentamos:
 1. Inconvenientes para coordinar los permisos y los horarios con las instituciones que se solicitó autorización para realizar este proyecto de investigación.
 2. Edades y niveles de preparación académica de las participantes.
 3. Tiempo de laborar en la

institucion 4 El cronograma de dias libres y vacaciones de las participantes durante la asistencia al programa

RESULTADOS Y ANÁLISIS

RESULTADOS Y ANALISIS

Por medio de tablas se presentan los resultados de la Hoja de Autoregistro de Relajación los puntajes y el analisis estadistico correspondiente del Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE) que fue aplicada al inicio y al final del Programa de entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA)

TABLA Nº 1
RESUMEN DE LA HOJA DE AUTOREGISTRO DE RELAJACIÓN

Sujeto	1era Medición	2da Medición	3era Medición	4ta Medición	5ta Medición	6ta Medición	7ta Medición
S1	PR	LR	LR	BR	BR	BR	ER
S2	LR	LR	BR	BR	ER	BR	ER
S3	LR	LR	LR	BR	BR	ER	BR
S4	PR	LR	BR	BR	ER	ER	ER
S5	PR	LR	BR	BR	ER	BR	ER
S6	LR	LR	BR	BR	BR	ER	ER

Fuente de los datos: Datos obtenidos de las historias clínicas y de las tareas de las sesiones

Poca Relajación	PR
Leve Relajación	LR
Buena Relajación	BR
Excelente Relajación	ER

Los resultados obtenidos por las seis madres tías participantes en nuestra investigación nos muestran que a medida que se procede con el programa de entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) se presenta mejoría en la reducción de los niveles de ansiedad.

Esto lo podemos indicar con los datos presentados en el cuadro Nº1 donde nos muestran que cinco de las seis madres tías mostraron una mejoría en la habilidad de afrontamiento por medio de relajación que van en los rangos de Poca Relajación (PR) Leve Relajación (LR) y Buena Relajación (BR) mostrada en las

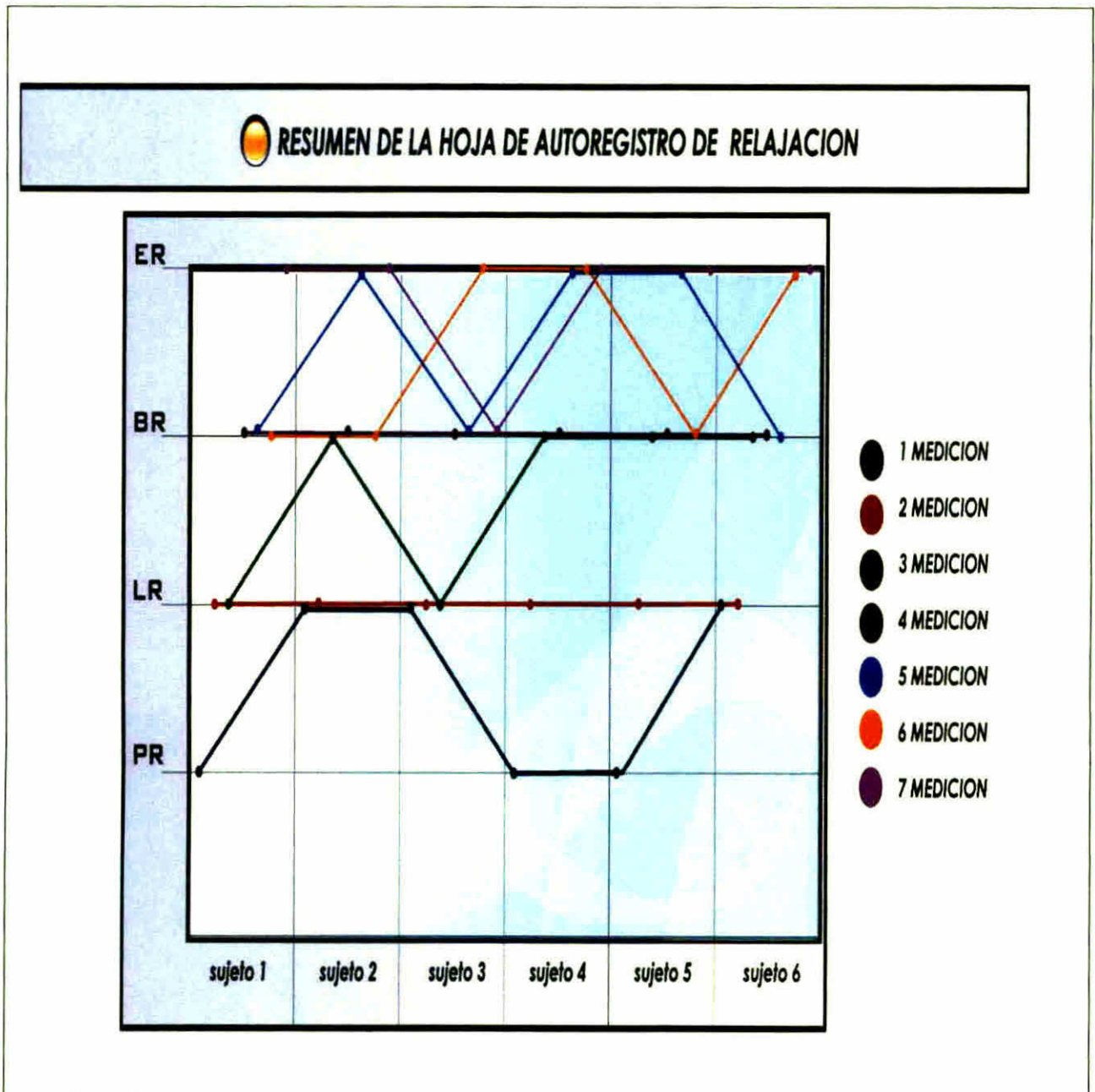
primeras mediciones y luego en el rango de Excelente Relajación (ER) al obtenerse las séptima medición. Aunque es importante destacar que la madre tia (S3) es la única que obtiene en la séptima medición el rango de Buena Relajación (BR) sin embargo en la sexta medición esta participante alcanza el rango de Excelente Relajación (ER)

Debido a que cuando más practicaban las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) en sus actividades diarias establecidas y en la organización de las responsabilidades con los niños y niñas asignados en las casas de las Aldeas S O S de Panamá sus niveles de ansiedad mostraban reducciones y esto resultaba en un incentivo para continuar con la aplicación de lo presentado en las sesiones individuales y grupales

Para una mayor visualización en la gráfica N°1 le presentamos los resultados completos mostrados en el Tabla N° 1 referente al resumen de la Hoja de Autoregistro de Relajación

FIGURA 1.

GRÁFICA DEL RESUMEN DE LA HOJA DE AUTOREGISTRO DE RELAJACIÓN



Poca Relajación:	PR
Leve Relajación:	LR
Buena Relajación:	BR
Excelente Relajación:	ER

TABLA Nº 2
RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD IDARE (A ESTADO)
PRE TEST Y POST TEST

Sujeto	Pre test (Estado)	Post test Estado)
S1	58	55
S2	56	43
S3	64	54
S4	57	Abandono
S5	62	Renunció
S6	62	Renunció

Fuente de los datos: Datos obtenidos de la historia clínica y los resultados de las pruebas aplicadas

PUNTUACIÓN	NIVELES DE ANSIEDAD
68-80	Muy alto
56-67	Alto
45-55	Medio
32-44	Bajo
20-31	muy bajos

La Escala de Ansiedad IDARE (A Estado) fue aplicado una semana antes de iniciar las sesiones individuales y grupales del tratamiento

Las sesiones fueron organizadas de manera específica con una duración de dos meses y medio

Se aplicó el post test aplicando la Escala de Ansiedad IDARE (A Estado) una vez finalizado el tratamiento

Solo tres de las seis madres tías que participaron en nuestro estudio concluyeron el tratamiento. Debido que dos de las madres-tías renunciaron a sus funciones en las Aldeas SOS de Panamá y una abandona el tratamiento antes de completar la última semana correspondiente a la aplicación del post test de nuestro estudio.

En nuestros datos presentados podemos indicar que las madres tías antes de aplicarle el tratamiento de entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) puntuaban en el rango de altos niveles de ansiedad y posteriormente al ser evaluadas en el post test las tres madres tías que completaron nuestra investigación se muestran en los rangos que van de bajo a medio indicándonos reducción de los niveles de ansiedad demostrando la efectividad del programa.

Se considero realizar el analisis en nuestra investigación de la ansiedad estado debido a que se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala A Estado se incrementan en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuyen como resultado del entrenamiento en relajación.

FIGURA 2.
GRÁFICA DE LOS RESULTADOS EN LA ESCALA DE ANSIEDAD IDARE
(PRETEST - ESTADO)

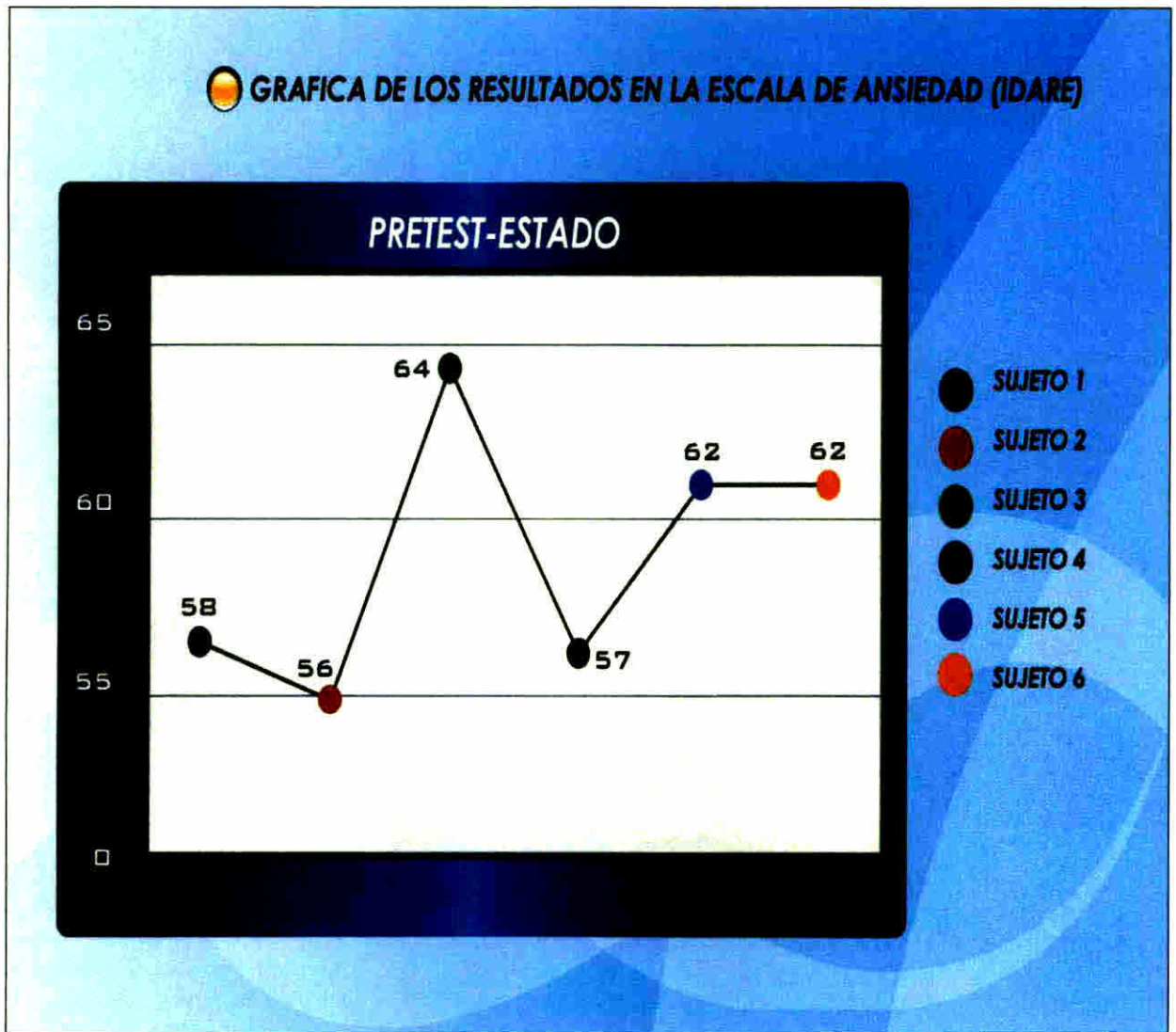


FIGURA 3.
GRÁFICA DE LOS RESULTADOS EN LA ESCALA DE ANSIEDAD IDARE
(POSTEST- ESTADO)

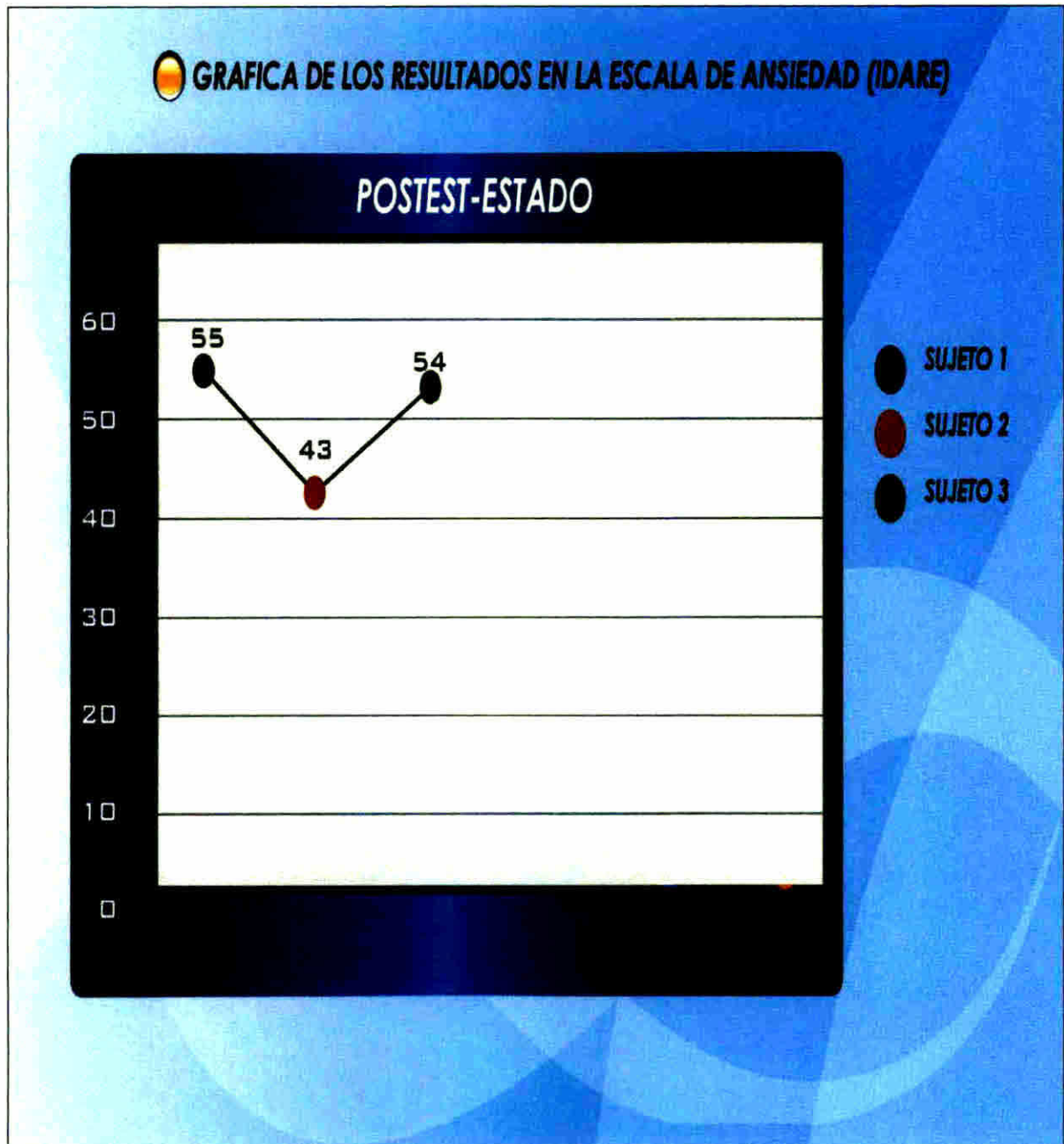


TABLA N° 3
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD IDARE
(ESTADO) PRUEBA T

Medición	Antes	Después
Nº de sujetos	3	3
Media	59 33	50 67
DS	8 66	8 66
Alpha	0 05	
Grados de Libertad	2	
Valor Tc	1 42	
Valor Tt	2 920	
Resultados	2 920 > 1 42 (No significativa o sea los síntomas de ansiedad estado no mejoraron entre las mediciones antes y después del tratamiento)	

Criterios para la prueba de Hipótesis

- 1 Si el valor calculado es mayor que el valor de la tabla entonces se rechaza la H_0 y se acepta la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis de investigación
- 2 Si el valor calculado es= o menor que el valor de la tabla entonces se acepta la H_0 y se rechaza la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis de investigación

El análisis de los resultados de la Escala IDARE (Estado) con la prueba T nos muestran que el valor calculado es= o menor que el valor de la tabla entonces se acepta la H_0 y se rechaza la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis de investigación

Sin embargo los resultados en las puntuaciones obtenidos con la escala de ansiedad estado logrados a concluir las sesiones individuales y grupales del tratamiento indican que las madres tías muestran grado de mejoría en la sintomatología reportada como queja principal en la entrevista inicial esta mejoría varía del rango de alto nivel de ansiedad a normal y bajo nivel de ansiedad

DISCUSIÒN

DISCUSIÓN

Pasamos a discutir los resultados de nuestra investigación los mismos serán analizados en el contexto de aquellos aspectos de la referencia teórica que señalamos en el capítulo I

1 Analizando los resultados de nuestra investigación podemos presentar que nos apoyamos en nuestra revisión de literatura cónsona con las actualizaciones referentes a estudios y programas enfocados en que los niveles de ansiedad se reducen con la aplicacacion de estrategias de intervencion terapéutica

2 Nuestro análisis de los resultados de la Escala IDARE (Estado) con la Prueba T nos muestran que aunque no apreciamos cambios estadísticamente significativos los resultados en las puntuaciones obtenidos con la escala de ansiedad estado logrados a concluir las sesiones individuales y grupales del tratamiento indican que las madres tias muestran grado de mejoría en la sintomatología reportada como queja principal en la entrevista inicial esta mejoría varía del nivel de ansiedad normal a bajo nivel de ansiedad al finalizar el programa de tratamiento

3 Estos resultados nos llevan a pensar que la extensión de la terapia es de gran importancia para continuar investigaciones enfocadas en aplicar este tipo de programas dirigidos a reducir los niveles de ansiedad

3 De igual manera los resultados obtenidos en la hoja de autoregistro de la relajacion indican que todas las participantes muestran cambios favorables esta

mejoría varía de poca relajación a buena relajación hasta llegar a excelente relajación. Debido a que cuando más practicaban las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) sus niveles de ansiedad mostraban reducciones.

4. No siempre los datos apoyan las hipótesis. Pero que los datos no aporten evidencia a favor de las hipótesis planteadas de ningún modo significa que la investigación carezca de utilidad. En la investigación del comportamiento el fin último es el conocimiento en este sentido también los datos en contra de una hipótesis proporcionan conocimiento. Lo importante es contribuir al conocimiento del fenómeno que se está investigando. También se puede mencionar que resulta útil si se dirige nuestra atención y de otros investigadores hacia factores o relaciones insospechadas que de alguna manera podrían ayudar a resolver el problema.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1 Esta investigación ha demostrado que el Programa de Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) es un tratamiento terapéutico lo suficientemente flexible que facilita realizar adecuaciones sin afectar la eficiencia del mismo lo cual permite su réplica buscando alcanzar los mejores resultados

2 La reducción de los niveles de ansiedad requieren que las intervenciones grupales se apoyen de las sesiones individuales ya que esto ayuda a que las participantes logren desarrollar más su potencial e integración a las mismas

3 Es importante reconocer la valiosa contribución que nos ofrece las intervenciones grupales ya que con esta se beneficia a mayor cantidad de pacientes y se mantiene la calidad de la atención en todo momento

5 Se pudo observar en esta investigación que las ONGs requieren que sus colaboradores reciban constantemente intervenciones terapéuticas que les brinden estrategias para afrontar adecuadamente sus retos diarios ya que su labor demanda altos niveles de responsabilidad y compromiso

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- 1 Aplicar el Programa de Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajacion aplicando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) posteriormente en poblaciones similares para seguir analizando su efectividad
- 2 Realizar estudios que brinden seguimiento a largo plazo para la permanencia de los beneficios del tratamiento aplicado en muestras similares Asi como grupo control para ver si el grupo que fue expuesto a la variable independiente difiere del grupo que no fue expuesto
- 3 Implementar la aplicación del Programa de Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) con mayor cantidad de participantes y así de esta manera los resultados de la investigación no se afecte por presentarse mortalidad experimental
- 4 Aplicar más de una prueba psicológica en un estudio de investigación ya que esto nos ofrece una mayor amplitud para realizar comparaciones en los cambios que se presenten al momento de aplicar un tratamiento a una muestra de investigacion

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

ARON A Y ARON E (2001) Estadística para psicología 1ª Edición
Argentina Pearson Education

BALLUERKA N Y VERGARA A (2002) Diseños de investigación
experimental en psicología (J Arnau Trad) España Prentice Hall

BAPTISTA P (1999) Metodología de la investigación _Segunda Edición
México Mc Graw Hill

BECK A T RUSH A J SHAW B F & EMERY G (1979) *Cognitive
therapy of depression* New York Guilford Press

BECK J (2000) Terapia Cognitiva y Conceptos Basicos y Profundización
Espana Editorial Gedisa

BERNSTEIN D A Y NIETZEL M T (2002) Introducción a la Psicología
Clinica España McGraw Hill Interamericana

BERRYMAN J (1994) Psicología del Desarrollo (G Padillas Trad) México
Manual Moderno S A

BURNS D D (2008) Adiós a la Ansiedad Como superar la timidez los
miedos las fobias y las situaciones de pánico (A Pareja Trad) 1ª Edición
Argentina Paidós

CABALLO V E (2008) Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos Vol 1 Trastornos por ansiedad sexuales afectivos y psicóticos 2ª Edición España Siglo XXI Editores S A

CABALLO V E (1997) Manual para el Tratamiento Cognitivo- Conductual de los Trastornos Psicológicos 1ª Edición España Siglo XXI Editores S A

CABALLO V E (1997) Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales 1ª Edición España Siglo XXI Editores S A

CARVER C S y SCHEIER M F (1997) Teorías de la Personalidad México Prentice-Hall Hispanoamericana

CHARLES S C (1997) Teorías de la personalidad (E Ortiz Trad) 3era Edición México Prentice –Hall Hispanoamerica

DANA R (1972) Teorias y prácticas de la psicologia clínica Argentina Editorial Paidós

DEFFENBACHER J L (1997) Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada En V E Caballo (Dir) Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol 1) España Siglo XXI

DEFFENBACHER J L (1998) Generalized Anxiety and anxiety management Training In V E Caballo (Ed) International handbook of cognitive and behavioural treatments (pp 227 249) Oxford United Kingdom Elsevier Science

DICAPRIO S N (1998) Teorias de la Personalidad (J Velásquez y A Palencia Trad) Tercera Edicion México Mc Graw Hill

México KAZDIN A E (2001) Métodos de Investigación en Psicología Clínica
3ª Edición México Prentice Hall

KERLINGER F (1997) Investigación del Comportamiento 3ª Edición
Mexico McGraw Hill

LAZARUS R S (1982) La personalidad y sus ajustes 1ª Edición en Español
Editorial Unión Tipográfica México Editorial Hispanoamericana

LAZARUS R S y FOLKMAN S (1986) Estrés y procesos cognitivos
Barcelona Ed Martinez Roca

LEGA L CABALLO V E & ELLIS A (2002) Teoría y práctica de la terapia
racional emotivo-conductual (Segunda edición) Madrid Siglo XXI

LEVIN J (1979) Fundamentos de la Estadística en la investigación social
2da Edición México Editorial Harla

MAHONEY J M (1974) Cognition and Behavior Modification Cambridge
Mass Ballinger Publishing Co

MAHONEY J (1998) Cognición y Psicoterapia Barcelona Editorial Paidós

MCKAY M DAVIS M y FANNING P (1985) Técnicas Cognitivas para el
Tratamiento de Estrés México Ediciones Martinez Roca S A

MENDONCA J D Y SIESS T F (1976) Counseling for indecisiveness
Problem solving and anxiety in management training Journal of Counseling
Psychology

MEICHENBAUM D H (1977) Cognitive behavior modification An
integrative approach Nueva York Plenum

MORALEDA M (1999) Psicología del Desarrollo México Alfaomega

MORRIS CH Y MAISTO A (2001) Psicología (J Pecina Trad) Decima Edición México Prentice Hall Inc

PEURIFOY R (1999) Cómo vencer la Ansiedad Un programa Revolucionario para Eliminarla Definitivamente España Editorial Desclée de Brouwer S A

RICE P (1998) El afrontamiento del estrés Estrategias Cognitivo-Conductuales En V E Caballo (Comp) Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol 2) Madrid Siglo XXI

RICE F P ORTIZ S M E (1997) Desarrollo humano Estudio del ciclo vital (R Poce Trad) Segunda edición México Pearson Educación

ROBBINS S P 1999 Comportamiento Organizacional Octava Edición México Prentice Hall

SIMMONS S y SIMMONS J (1999) Como medir la inteligencia emocional (A Pareja Trad) Madrid Editorial Ibérica Grafic

SMIRNOW A RUBINSTEIN S LEONTIEV A y TIEPLOV B (1997) Psicología (F Villa Trad) México Grijalbo S A

SUINN R M (1993) Entrenamiento en manejo de la Ansiedad (S Gorbefia) Espana Editorial Desclée de Brouwer

SUINN R M & Richardson F (1971) Anxiety Management training A non specific behavior therapy program for anxiety control Behavior therapy

TAYLOR S E (2007) Psicologia de la Salud 6ª Edicion Mexico Mc Graw Hill Interamericana Editores S A

WALKER Melissa (2000) (Ed original 1984-1997) *Cómo escribir trabajos de investigación* Col Biblioteca de Educacion Herramientas Universitarias Barcelona Editorial Gedisa

WALKER C E HEDBERG A CLEMENT P W & WRIGHT L (1981) *Clinical Procedures for behavior Therapy* Englewood N J Prentice – Hall

WESSLER R y HANKIN WESSLER S (1986) *Cognitive appraisal therapy (C A T)* in W Dryden and W Golden (comps) *Cognitive behavioural approaches to psychotherapy* London Harper&Row

PUBLICACIONES

Una Guia para la terapia de Relajación I (Basada en la técnica de relajacion progresiva de Edmund Jacobson version modificada) Traducción Fabio Bethancourt

Cabezas H y Lega L 2006 *Relacion Empirica entre la Terapia Racional Emotivo- Conductual (TREC) de Ellis y la terapia cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense* Universidad de Costa Rica pp 101 109

Becerra Vicente J *Trastornos por ansiedad (Página en internet)* (Citado el 22 May 2007) Disponible en [http //w w w cop es/colegiados/s_02633ansiedad](http://www.cop.es/colegiados/s_02633ansiedad)

TESIS

MADRID F I 2000 *Intervención terapéutica en niños con depresión* Aldeas S O S Universidad de Panamá Vicerrectoria de Investigación y Postgrado Panamá Maestría en Psicología Clínica

MANCILLA H 2004 *Reducción de la Ansiedad – Estado en estudiantes de primer año de la escuela de psicologia* Universidad de Panamá Panamá

MANUALES

DSM IV TR 2001 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado First Frances y Pincus Editorial MASSON S A Barcelona 1049 págs

PROGRAMA

Programa de entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA) Deffenbacher Jerry En V E Caballo (Dir) Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos (Vol 1) Madrid Siglo XXI

INTERNET

Aldeas Infantiles S O S de Panamá

www.aldeassos.org.pa/contactar.php. American Psychological Association

<http://www.apa.org>

Investigación sobre la Reducción de la Ansiedad Estado Disponible en

[http://monografias.com/trabajos21/relajación y ansiedad/relajación y ansiedad.shtml](http://monografias.com/trabajos21/relajacion_y_ansiedad/relajacion_y_ansiedad.shtml)

Revista de acceso gratuito que trata sobre psicología clínica y de la salud

<http://www.psiquiatria.com/psicologia>

Revista de metodología y psicología experimental

<http://www.uv.es/psicologica>

Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés

[http //www ucm es/info/seas](http://www.ucm.es/info/seas)

Trastornos de Ansiedad Web en español que trata sobre los trastornos de ansiedad en general trastorno de ansiedad generalizada trastorno de pánico fobias [http //www nlm nih gov/publicat/spanxiet htm](http://www.nlm.nih.gov/publicat/spanxiet.htm)

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del investigador Aritza I Melgar De G

Propósito del estudio

Esta es una investigación en la cual se medirá la efectividad de un programa de intervención

Beneficios

Con este estudio pretendemos mejorar tu estado emocional facilitándote estrategias que proporcionen un desenvolvimiento más satisfactorio ante las circunstancias que experimentas en tu entorno diario

Compromiso de participación en el programa de intervención

- 1 Asistir a siete sesiones individuales y siete sesiones grupales 2 veces por semanas durante los horas
- 2 Llegar puntualmente a las sesiones
- 3 Realizar tareas asignadas para realizar en casa.
- 4 Mantener la confidencialidad durante la realización de las sesiones

Por consiguiente la Psicóloga Aritza Melgar se compromete a

- 1 Mantener respeto y consideración que merece cada participante
- 2 Guardar la confidencialidad de los participantes y de las situaciones tratadas
- 3 Utilizar los resultados única y especialmente con fines investigativos
- 4 Obtener los resultados de la investigación de manera que los informes de los participantes sea reservada su identidad

Participante

Firma

Nombre

Psic Aritza Melgar

Fecha _____

INFORMES CLINICOS

Caso Clinico

Nombre Madre-tia N° 1

Edad 50 anos

Estado Civil Soltera Una hija

Residencia Aldeas Infantiles S O S de Panamá

Ocupacion Madre-tia

Nivel de educacion Secundaria completa

Fecha de inicio de labores 4 de enero de 2006

Antecedentes Generales

La madre tia N°1 nos indica que su inicio de labores en las Aldeas Infantiles S O S de Panama surge por la recomendación de la amistad que consideraba que ella cumplia con los requisitos necesarios para ser parte de esta misión de más que todo rescatar a estos niños y niñas

Por tal motivo le intereso formar parte de este compromiso con la niñez de ofrecerles la oportunidad de una mejor calidad de vida Además de brindarles las herramientas para que sean ciudadanos responsables

Actualmente no tiene pareja sin embargo tiene una hija la cual es mayor de edad además ya se encuentra casada Esto por supuesto le facilitó el poder inclinarse en aceptar a ser parte de las Aldeas Infantiles S O S de Panamá

Entrevista Inicial

Expresa que siempre deseó trabajar ayudando a otros porque se considera una persona paciente y esto facilita que pueda dedicarse a atender las necesidades de los demás

No obstante en muchas ocasiones se le presenta la incertidumbre cuando evalua los avances con su grupo de niños y niñas y observa que no tiene los logros que ella espera Esto la preocupa en muchas ocasiones y le ocasiona que su salud

física y emocional se afecte ya que se siente nerviosa preocupada o inquieta ante esta situación dentro de la casa que es responsable en la Aldeas SOS Donde van surgiendo muchos dolores musculares dificultades para concentrarse problemas a la hora de dormir lo que le impide un buen descanso Con la consecuencia que hay bastantes dificultades para mantener un buen rendimiento laboral si le corresponde permanecer por más de un mes seguido laborando

Entrevista Final

Expresa que se siente menos ansiosa y que desea mantener adecuados niveles de relajación Además continuar aplicando los métodos de relajación aprendidos así como también involucrarse en actividades que le ayuden a reforzar su estabilidad emocional

Examen Mental

Aspecto general del sujeto

Normal en lo que concierne al aspecto físico vestido y cuidado de su persona

Actividad motora

Moderada

Expresión del rostro

Intranquila

Mímica

Normal

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Atenta

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Alta

Orientación

Normal

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformacion patologica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones de la misma ya que no presentó alucinaciones ni delirios

Obsesiones y Fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalizacion

No se observaron

Problemas personales significativos

Básicamente está inquieta ante las responsabilidades que conlleva la integración al grupo de madres tías

Organizacion del estado de ánimo

Ansiosa

Memoria

Apropiada

Conciencia de los problemas

Tiene ideas confusas de su situación

Crítica

Adecuada

Instrumentos de Evaluacion Aplicados

IDARE El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado

Hoja de Autoregistro de Relajación

Resultados de los Instrumentos de Evaluacion

IDARE El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado

Pre-test Rasgo 37 (Niveles de Ansiedad Bajo)

Post test Rasgo 38 (Niveles de Ansiedad Bajo)

Pre-test Estado 58 (Niveles de Ansiedad Alta)

Post test Estado 55 (Niveles de Ansiedad Media)

Hoja Autoregistro de Relajación Se presenta una disminucion de los signos en los niveles de ansiedad

Evaluacion Multiaxial

Eje I F 43 28 Trastorno adaptativo con ansiedad (Provisional)

Eje II Ninguno

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al ambiente social Presenta apoyo social inadecuado ya que no mantiene contacto con familiares o amistades que frecuentemente le puedan facilitar la integración de otras actividades para cambiar la rutina diaria Problemas laborales Sentirse sobrecargada cuando tiene que permanecer por más de un mes continuo sin poder acceder a sus dias libres correspondientes

Eje V EEAG 51-60

Nota

Diagnostico Provisional Cuando existe una clara presunción de que todos los criterios para un trastorno se cumplirán en ultima instancia pero no se dispone de suficiente información para formular un diagnostico firme en tal caso puede utilizarse la especificación provisional (DSM IV TR 2002 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

Informe Clínico**Caso Clínico****Nombre** Madre tia N°2**Edad** 46 años**Estado Civil** Soltera Sin hijos**Residencia** Aldeas Infantiles S O S de Panamá**Ocupación** Madre-tia**Nivel de educacion** Secundaria completa**Fecha de inicio de labores** 1 de marzo de 1999**Antecedentes Generales**

La madre tia N° 2 manifiesta que inicia labores en esta institución vanos años atrás sin embargo con el pasar del tiempo se muestra más comprometida con las metas de las Aldeas Infantiles S O S de Panamá

Actualmente no tiene pareja y tampoco tiene hijos Solo un sobrino el cual la vincula más con ese deseo de dedicar sus esfuerzos en brindar cuidados y apoyo a los niños y ninas ya que ellos son muy vulnerables

Sus grupos de ninos y ninas siempre han sido de distintas edades y esto ayuda para adquirir mayores destrezas en el manejo de cada una de las necesidades que han que atender con mas urgencias para lograr una integración en las casas

Nos indica que sus padres y sus hermanos son fuentes de apoyo para ella y cuando tiene vacaciones y días comparte con ellos sin embargo manifiesta que en ocasiones se presenta cierta nostalgia por sentir que es difícil de mantener contactos frecuentes con las amistades más cercanas para apoyarse en sucesos que van ocurriendo con el tiempo

Entrevista Inicial

Durante la entrevista se muestra con dificultad para concentrarse sin embargo se esfuerza por brindar toda la información que se requiera Nos manifiesta que su

experiencia es un soporte muy necesario para manejarse de una manera mas confiada dentro de las casas

Aunque de igual manera como puede manifestarse en sus companeras el agotamiento físico y emocional que se va causando en ellas por la cantidad de dias de laborar sin descanso la afecta y le causa muchas dificultades para conciliar el sueno ya que siente muchos dolores en la espalada y en muchas ocasiones siente que se pone sensible con mucha facilidad

Además los inconvenientes que ocurren cuando se presenta una misma rutina diaria provoca que haya menos disposición hacia la creatividad en las funciones que se realiza con los niños y niñas aunado a presentarse inquietudes y preocupaciones constantes acerca a su desempeño como madre-tia dentro de las Aldeas S O S de Panamá

Entrevista Final

Nos expresó que a pesar que tiene varios años formando parte del equipo de Aldeas S O S de Panamá reconoce la necesidad de buscar apoyo y sobre todo tener alternativas que sean de beneficio en los momentos que se requiere para disminuir la ansiedad que se presenta constantemente cuando los niños y niñas que están dentro de la casa que somos responsables se presentan con problemas que solicitan nuestra atención y dedicacion para lograr los cambios esperados

Examen Mental

Aspecto general del sujeto

Adecuado

Actividad motora

Normal

Expresion del rostro

Impaciente

Mimica

Normal

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Atenta

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Alta

Orientacion

Buena

Organizacion estructural de la comunicacion

Normal

Transformacion patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones de la misma ya que no presentó alucinaciones ni delirios

Obsesiones y Fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalizacion

No se observaron

Problemas personales significativos

Manifiesta ciertas preocupaciones sobre la salud de sus familiares

Organizacion del estado de animo

Ansiosa

Memoria

Apropiada

Conciencia de los problemas

Tiene adecuado conocimiento de su situación

Critica

Adecuada

Instrumentos de Evaluacion Aplicados

IDARE El Inventario de la Ansiedad Rasgo Estado
Hoja de Autoregistro de Relajación

Resultados de los Instrumentos de Evaluacion

IDARE El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado
Pre test Rasgo 34 (Niveles de Ansiedad Bajo)
Post test Rasgo 35 (Niveles de Ansiedad Bajo)

Pre-test Estado 56 (Niveles de Ansiedad Alta)

Post test Estado 43 (Niveles de Ansiedad Baja)

Hoja de Autoregistro de Relajación Se presenta una disminución de los signos en los niveles de ansiedad

Evaluación Multiaxial

Eje I F 43 28 Trastorno adaptativo con ansiedad (Provisional)

Eje II Ninguna

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas relativos al ambiente social Interes en compartir con amistades cercanas algunos momentos de distracción Problemas laborales Inconformidad con las disposiciones de los espacios de recreación que se puedan disfrutar en el trabajo

Eje V 61 70

Nota

Diagnostico Provisional Cuando existe una clara presuncion de que todos los criterios ara un trastorno se cumplirán en ultima instancia pero no se dispone de suficiente información para formular un diagnostico firme en tal caso puede utilizarse la especificación provisional (DSM IV TR 2002 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

Informe Clínico**Caso Clínico****Nombre** Madre tía N°3**Edad** 42 años**Estado Civil** Soltera Sin hijos**Residencia** Aldeas Infantiles S O S de Panamá**Ocupacion** Madre-tía**Nivel de educacion** Curso estudios universitarios**Fecha de inicio de labores** 6 de noviembre de 2009**Antecedentes Generales**

Antes de ingresar a laborar a las Aldeas Infantiles S O S de Panamá trabajó durante muchos años en el área comercial sin embargo aparece una oportunidad donde decide que su labor cambiara en otra dirección es por lo cual inicia labores en esta institución

El ingreso a esta estructura para ella no fue una dificultad ya que durante muchos años ella estuvo en este tipo de instituciones Esto en cierta forma permite que se sienta identificada

Además es una manera de agradecer todas las facilidades recibidas durante un periodo de su vida Y segun ella el permanecer como madre- tía le brinda la oportunidad de contribuir con la continuidad de esta labor

Entrevista Inicial

Nos indica que llegó a esta institucion con el interés de poder contribuir con la formación de esta población infantil

Aunque en ocasiones presenta preocupaciones dolores musculares cuando se siente tensa dificultades para conciliar el sueño ella manifiesta que le interesa seguir realizando una buena labor en las Aldeas S O S

Resalta durante la entrevista es que a pesar que cuenta con una formación profesional lo que más la incentiva a seguir adelante es su vocación por ayudar a estos niños y niñas desamparados y con mucha necesidad de afectos y cuidados

Siente que por el hecho de no tener hijos propios esto no ha sido un impedimento para brindar un modelo de madre tía que se solicita para atender a los niños y niñas en estos hogares sustitutos

Porque con la convivencia se renueva ese compromiso donde se indica que somos una familia que cree que podemos seguir adelante hacia la búsqueda de unos objetivos más acertados

Entrevista Final

Manifestó que le agradó participar y que desea seguir formando parte de grupos que puedan brindarse apoyo para mejorar la calidad de vida y sobre todo con los niveles de ansiedad los cuales afectan de una manera desproporcionadamente a todo el personal que atiende a esta población tan vulnerable como son los niños y niñas que son admitidos en las Aldeas SOS de Panama

Examen Mental

Aspecto general del sujeto

Adecuado

Actividad motora

Normal

Expresión del rostro

Refleja una ligera incertidumbre al momento de relatar su historia personal

Mímica

Normal

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Se distraía con facilidad

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Alta

Orientacion

Moderada

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformacion patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones de la misma ya que no presento alucinaciones ni delirios

Obsesiones y Fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalizacion

No se observaron

Problemas personales significativos

Pocos contactos con familiares

Organización del estado de ánimo

Ansiosa

Memoria

Apropiada

Conciencia de los problemas

Mantiene negación sobre temas específicos de su entorno

Crítica

Adecuada

Instrumentos de Evaluacion Aplicados

IDARE El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado

Hoja de Autoregistro de Relajación

Resultados de los Instrumentos de Evaluacion

IDARE El inventario de la Ansiedad Rasgo Estado

Pre-test Rasgo 39 (Niveles de Ansiedad Bajo)

Post test Rasgo 38 (Niveles de Ansiedad Bajo)

Pre-test Estado 64 (Niveles de Ansiedad Alta)

Post test Estado 54 (Niveles de Ansiedad Media)

Hoja de Autoregistro de Relajación Se presenta una disminución de los signos en los niveles de ansiedad

Evaluacion Multiaxial

Eje I F 43 28 Trastorno adaptativo con ansiedad (Provisional)

Eje II Ninguno

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas relativos al ambiente social Dificultades para lograr separar sus necesidades de realizarse como madre a través de un entendimiento adecuado a la situación de estos niños y niñas para ella **Problemas labores** Presenta en algunas ocasiones dificultades para aceptar las reglas establecidas por la institución para el manejo de los grupos de niños y niñas

Eje V EEAG 41 50

Nota

Diagnostico Provisional Cuando existe una clara presunción de que todos los criterios para un trastorno se cumplirán en última instancia pero no se dispone de suficiente información para formular un diagnóstico firme en tal caso puede utilizarse la especificación provisional (DSM IV TR 2002 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

Informe Clinico**Caso Clinico**

Nombre Madre-tía N° 4

Edad 37 años

Estado Civil Casada Una hija

Residencia Aldeas Infantiles S O S de Panamá

Ocupacion Madre-tia

Nivel de educacion Curso estudios universitarios

Fecha de inicio de labores 15 de octubre de 2005

Antecedentes Generales

La Madre-tia N°4 nos indica que lleva varios años laborando para las Aldeas Infantiles S O S de Panamá sin embargo hubo unos periodos de interrupcion debido a su embarazo y despues permanece un tiempo atendiendo a su hija

Es luego de una evaluacion donde decide ingresar nuevamente a esta institución porque cree en los resultados positivos que se llevan a cabo para los niños y ninas y para la sociedad Además el apoyo de sus padres esposo hermanos y la comprensión de su hija la impulsa en seguir con esta hermosa labor

Sin embargo reconoce que en algunas ocasiones se le ha presentado dificultades por los retrasos para disponer de los dias libres y así poder compartir alguna actividad con su familia

Entrevista Inicial

Durante la entrevista nos expresa que tiene vocacion para esta responsabilidad de ser guia de estos niños y niñas que llegan a las Aldeas Infantiles S O S de Panamá los años de experiencia favorecen para tener un mejor manejo en el grupo

Sin embargo no deja de presentarse cansancio impaciencia dolores musculares más que todo cuando los días libres de final de mes no pueden ser asignados por falta de personal

Esto por supuesto que afecta la dinámica dentro de la casa por tal motivo es de vital importancia para las funciones que se tiene como madres tías el poder contar con los días libres en cada mes ya que esto fortalece el compromiso de solidaridad reciproco en todos los que formamos parte de esta institución

Entrevista Final

Luego de haber desarrollado las sesiones se expuso el avance de muchos temas de preocupación relacionados a su familia ya que desea poder mantener su trabajo con los niños y niñas que forma en las Aldeas S O S y de igual manera poder sentir que le dedica su apoyo y cuidado a su hija Lo importante es haber entendido lo necesario de reforzar su bienestar emocional

Examen Mental

Aspecto general del sujeto

Adecuado

Actividad motora

Normal

Expresión del rostro

Relajado

Mímica

Normal

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Sentimientos de inquietud

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Alta

Orientación

Moderada

Organización estructural de la comunicacion

Normal

Transformación patologica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones de la misma ya que no presento alucinaciones ni delirios

Obsesiones y Fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalizacion

No se observaron

Problemas personales significativos

Busqueda de equilibrio con su aspecto personal y laboral

Organizacion del estado de animo

Ansiosa

Memoria

Apropiada

Conciencia de los problemas

Apropiada

Crítica

Adecuada

Instrumentos de Evaluacion Aplicados

IDARE El Inventano de la Ansiedad Rasgo-Estado

Hoja de Autoregistro de Relajación

Resultados de los Instrumentos de Evaluación

IDARE El Inventano de la Ansiedad Rasgo-Estado

Pre-test Rasgo 54 (Niveles de Ansiedad Medio)

Post test Rasgo Abandono

Pre-test Estado 62 (Niveles de Ansiedad Alta)

Post test Estado Abandono

Hoja de Autoregistro de Relajación Se presenta una disminución de los signos en los niveles de ansiedad

Evaluación Multiaxial

Eje I F 43 28 Trastorno adaptativo con ansiedad (Provisional)

Eje II Ninguno

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas relativos al ambiente social Presenta ciertos inconvenientes al no poder permanecer más tiempo junto a su familia Problemas laborales Algunas veces se muestra en desacuerdo con los que dirigen la institución por no tener alternativas para facilitarle sus días libres

Eje V EEAG 51 60

Nota

Diagnostico Provisional Cuando existe una clara presunción de que todos los criterios para un trastorno se cumplirán en ultima instancia pero no se dispone de suficiente informacion para formular un diagnostico firme en tal caso puede utilizarse la especificación provisional (DSM IV TR 2002 Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

Informe Clínico**Caso Clínico**

Nombre Madre tía N° 5

Edad 40 años

Estado Civil Soltera Dos hijos

Residencia Aldeas Infantiles S O S de Panama

Ocupación Madre-tia

Nivel de educacion Primaria Completa

Fecha de inicio de labores 6 de febrero de 2009

Antecedentes Generales

La madre-tía N°5 laboraba y vivia con sus dos hijos en el interior Por problemas de indole económica decide participar en la selección de personal que estaba solicitando las Aldeas Infantiles S O S de Panama

Con el pasar del tiempo reconoce que ha necesitado comprender mejor la importante función que tiene este organismo para beneficios de todos los niños y ninas que han llegado a esta institucion por distintas razones pero con la esperanza de volver a confiar en un futuro mejor para todos ellos

Entrevista Inicial

Manifiesta durante la entrevista que actualmente se le ha presentado muchas dificultades para controlar su presión arterial ya que en su casa asignada se mantiene distintos inconvenientes con el grupo de niños y niñas para poder consolidar un ambiente mas armonioso Esto provoca que se sienta nerviosa preocupada y esto le afecta en su desempeño laboral

Nos obstante expresa sentir que necesita continuar aprendiendo para lograr alcanzar mejores objetivos aunque sus dos hijos la apoyan con la labor que está realizando Esto la lleva sentirse acompañada además de poder confirmar que sus dos hijos son jovenes responsables

Es por lo cual aprovecha todo el tiempo que tiene en sus días libres para compartir con sus hijos

Entrevista Final

Siente que ha logrado bastantes avances con sus dificultades en su salud física que poco a poco se estaba deteriorando por sus sentimientos de intranquilidad. Considera que buscar ayuda ha sido la mejor alternativa para afrontar sus problemas actuales.

Examen Mental

Aspecto general del sujeto

Adecuado

Actividad motora

Inmovilidad

Expresión del rostro

Intranquilo

Mímica

Lenta

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Poca concentración

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Alta

Orientación

Moderada

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformación patológica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones de la misma ya que no presentó alucinaciones ni delirios

Obsesiones y Fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalización

No se observaron

Problemas personales significativos

Dificultad para solucionar los problemas financieros

Organización del estado de ánimo

Ansiosa

Memoria

Confusa

Conciencia de los problemas

Apropiada

Crítica

Adecuada

Instrumentos de Evaluación Aplicados

IDARE El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado

Hoja de Autoregistro de Relajación

Resultados de los Instrumentos de Evaluación

IDARE El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado

Pre test Rasgo 55 (Niveles de Ansiedad Medio)

Post test Rasgo Renuncio

Pre test Estado 62 (Niveles de Ansiedad Alta)

Post test Estado Renunció

Hoja de Autoregistro de Relajación Se presenta una disminución de los signos en los niveles de ansiedad

Evaluacion Multiaxial

Eje I F 43 28 Trastorno adaptativo con ansiedad (Provisional)

Eje II Ninguno

Eje III Problemas para controlar la presión arterial

Eje IV Problemas relativos al ambiente social Sentirse en ocasiones culpable por encontrarse lejos de sus hijos Problemas laborales Es una labor que exige una atención constante para poder lograr poder mantener organizado al grupo de niños y niñas Problemas económicos Mantiene dificultades para apoyar satisfactoriamente las necesidades de sus dos hijos

Eje V EEAG 41 50

Nota

Diagnostico Provisional Cuando existe una clara presunción de que todos los criterios para un trastorno se cumplirán en ultima instancia pero no se dispone de suficiente información para formular un diagnostico firme en tal caso puede utilizarse la especificación provisional (DSM IV TR 2002 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

Informe Clínico**Caso Clínico****Nombre** Madre-tia N° 6**Edad** 36 años**Estado Civil** Soltera Sin hijos**Residencia** Aldeas Infantiles S O S de Panamá**Nivel de educación** Licenciatura en Administración de Empresas**Fecha de inicio de labores** 15 de septiembre de 2009**Antecedentes Generales**

La madre-tia N°6 nos manfiesta que su solicitud fue entregada en el interior de la republica posteriormente le indican que había sido seleccionada con los requisitos necesarios para formar parte de la familia de las Aldeas Infantiles S O S de Panamá

Nos senala que no tiene hijos sin embargo ha compartido con sus sobrinos los cuales siempre estaban bajo su cuidado Considera que le ha sido difícil separarse de su familia debido a que ellos no residen en la ciudad de capital

Sin embargo siente que ella ha superado la prueba de estar dirigiendo a un grupo de niños que requieren las atenciones y cuidados Considera que ha destacado sus propias expectativas sobre las funciones de que debe ejercer una encargada de una casa en las Aldeas Infantiles S O S de Panamá

Entrevista Inicial

Manifiesta durante la entrevista sentirse con frecuencia preocupada debido a que los progresos con su grupo de niños y niñas a veces no es el esperado

Apareciendo en muchas ocasiones problemas de salud más que todo cuando están avanzando hacia el final de cada mes ya que en estos momentos es cuando

se siente más el cansancio y el nerviosismo afectándola en la realización de una buena labor

Entrevista Final

Considera que la necesidad de buscar ayuda para solucionar sus problemas es la mejor opción ante las situaciones que le causan preocupación. Considera que aunque ya ha tomado decisiones relacionadas a su permanencia como madre-tía en las aldeas, el participar en este programa ha sido de mucho apoyo ante la necesidad de manejar diversos aspectos de vida.

Examen Mental

Aspecto general del sujeto

Normal

Actividad motora

Lenta

Expresión del rostro

Triste

Mímica

Lenta

Valoración cuantitativa del discurso

Normal

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio

Poca expresión afectiva

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio

Alta

Orientación

Lenta

Organización estructural de la comunicación

Normal

Transformacion patologica de la realidad

Mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones de la misma ya que no presentó alucinaciones ni delirios

Obsesiones y Fobias

No se observaron

Sentimientos y despersonalizacion

No se observaron

Problemas personales significativos

Conflicto con sus necesidades personales

Organización del estado de animo

Ansiosa

Memoria

Normal

Conciencia de los problemas

Adecuada

Critica

Adecuada

Instrumentos de Evaluacion Aplicados

IDARE El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado

Hoja de Autoregistro de relajación

Resultados de los Instrumentos de Evaluación

IDARE El Inventario de la Ansiedad Rasgo Estado

Pre-test Rasgo 58 (Niveles de Ansiedad Alta)

Post test Rasgo Renunció

Pre-test Estado 62 (Niveles de Ansiedad Alta)

Post test Estado Renunció

Hoja Autoregistro de Relajación Se presenta una disminución de los signos en los niveles de ansiedad

Evaluacion Multiaxial

Eje I F 43 28 Trastorno adaptativo con ansiedad (Provisional)

Eje II Mecanismo de defensa Represion

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al ambiente social Presenta dificultades para adaptarse a su nueva situación laboral debido a la ausencia de su red de apoyo Problemas laborales Se muestra inquietud cuando no puede atender sus asuntos personales en su tiempo libre

Eje V EEAG 51-60

Nota

Diagnostico Provisional Cuando existe una clara presunción de que todos los criterios para un trastorno se cumplirán en ultima instancia pero no se dispone de suficiente información para formular un diagnostico firme en tal caso puede utilizarse la especificación provisional (DSM IV TR 2002 Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales)

ANEXO N° 2

Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajacion aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA)

Resumen de las Sesiones

Metodologia aplicada en la aplicacion del Programa de Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA)

Para las sesiones se seguirá con el Programa de Intervenciones a través del entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación utilizando el entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA) (Deffenbacher J En Caballo V E (2002)

El lugar donde se aplica el presente programa fue en las Aldeas S O S de Panamá donde laboran las seis madres tias. Se aplicará el programa al grupo de madres tias que fueron referidas por presentar niveles ansiedad. Se seleccionó el grupo a participar en base a los criterios de inclusion y exclusión a través de entrevistas individuales por referencias de las autoridades responsables de la institución. Además por medio de una carta de compromiso cada participante aceptó participar.

El tratamiento es de 2 veces por semana por un lapso de tiempo de 2 horas durante 2 meses. Se les aplicó un instrumento que mide los niveles de ansiedad al inicio del programa y así continuar con las sesiones las que son organizadas y se les asigna actividades y tareas para la casa. Se les aplicará la misma prueba psicologica al final del tratamiento.

A continuación se describe las sesiones individuales y grupales que serán aplicadas al grupo de madres tias que recibirán este programa.

Sesion de Evaluacion Pre test

Primeramente se aplica el pre test utilizando el Inventano de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) una semana antes de iniciar el tratamiento con las madres tías en las Aldeas S O S de Panamá

Sesiones Individuales

Sesion N 1

Objetivo Evaluar los antecedentes personales y familiares del sintoma principal (ansiedad)

Metodologia Explicar a la madre-tia que los logros de las sesiones dependen de la constancia en alcanzar los objetivos terapeuticos tanto en las sesiones individuales como de grupo

Sesión N° 2

Objetivo Hacer enlace con la primera sesión

Metodologia Revisión de los aspectos negativos que puedan estar afectando el desarrollo de las actividades diarias con la manifestación de los síntomas de ansiedad

Sesion N 3

Objetivo Hacer enlace con la primera sesión

Metodologia Promoviendo la expresión de las emociones con la introducción en la aplicación de la relajación como metodo de afrontamiento para la reducción de los niveles de ansiedad

Sesión N° 4

Objetivo Hacer enlace con la primera sesion

Metodologia Exponer los beneficios de la relajación

Como método de afrontamiento el cual nos permitirá la reduccion de los niveles de ansiedad

Sesion N° 5

Objetivo Hacer enlace con la primera sesión

Metodologia Revisar la aplicación de la relajación para utilizarnos en las situaciones que presenten altos

niveles de ansiedad

Sesion N° 6

Objetivo Hacer enlace con la primera sesion

Metodologia Se continua trabajando la aplicación y practica de las técnicas de relajación para desarrollar esa capacidad de afrontamiento antes los sintomas de ansiedad

Sesión N° 7

Objetivo Hacer enlace con la primera sesion

Metodologia Realizar el recorrido en sus casas para

poner en práctica todo lo aprendido en las sesiones anteriores y así se reconozca la importancia que tiene el mantenerse aplicando este

Método de afrontamiento para disminuir los síntomas de ansiedad

Sesiones Grupales

Sesion N 1

Modulo Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA)

Tema Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA) para reducir los niveles de ansiedad

Objetivos

- Explicar las normas del programa y modalidad de los grupos terapéuticos
- Presentar los objetivos del Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA)
- Explicar en qué consiste el Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA) aplicada para reducir los niveles de ansiedad

Actividades

- 1 Dinámica de Presentación de Grupos
 - 2 Exposición dialogada de las normas del Programa y la importancia del grupo
- Indicar el papel que desempeñan los grupos de trabajo

- Notificar la importancia de mantener la confidencialidad de todos los temas abordados en las sesiones individuales y grupales propuestas se les comentará además lo necesario de la asistencia puntualidad y responsabilidad de las asignaciones ya que se asignará tareas para la casa

3 Presentación a las participantes de los objetivos del Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA)

4 Explicación interactiva sobre el entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación para reducir los niveles de ansiedad

5 Recurso Didactico

Entrega de cuadernillo con información de lo abordado en la sesión

6 Tareas para la casa

- Se les entrega la tarea N° 1 Hoja de Autoregistro de Relajación (Anexo N° 6)

7 Cierre de la Sesión

Se hace un resumen de lo discutido durante la sesión Se les recuerda el horario y la importancia de la asistencia puntualidad y responsabilidad en el desarrollo de las sesiones terapéuticas Se les pregunta sobre sus dudas y recuerda nuevamente la tarea a desarrollar en casa

Sesión N°2

Modulo Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA)

Tema Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA) para reducir los niveles de ansiedad

Objetivos

- Revisar la tarea
- Explicar el desarrollo de la respuesta de relajación y continuando con el incremento de darse cuenta de las señales de ansiedad
- Enseñar a las madres tías habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA) para reducir los niveles de ansiedad

Actividades

1 Revisión de tareas

Se les pide que la incluyan en el folder con su nombre que hay en la sala de sesiones junto con todas las tareas que se realicen

2 Procedimiento

Se proporciona una explicación empezando con el desarrollo de la respuesta de relajación y continuando con el incremento de darse cuenta sobre las señales de ansiedad aunque la evaluación previa ya habrá empezado a mejorar probablemente esta conciencia

Sin embargo antes de empezar realmente con el entrenamiento en relajación progresiva se les indican a las participantes que deberán desarrollar una imagen relajante que emplearán después de los ejercicios de relajación progresiva. Esta imagen se convertirá en una de las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación

Después de desarrollar la imagen de relajación lo que debería llevar entre cinco y diez minutos se proporcionara a las participantes una breve descripción de los procedimientos de relajación progresiva y una demostración de los procesos exactos de tensión relajación por los que pasara

Después de haberles enseñado a las seis madres tías participantes el ejercicio de tensión relajación progresiva en esta sesión de entrenamiento se hará un repaso de los músculos haciendo que las participantes se concentren en ellos y los relajen aun mas sin tensarlos Cuando se ha completado el repaso de los músculos se introduce la escena de relajación

Posteriormente que las participantes señalen que la escena de relajacion que cada una tiene elaborada es clara entonces dejamos que la misma se mantenga por aproximadamente otros 30 segundos mientras se continua proporcionándole los estímulos ocasionales de detalles emocionales y situacionales Luego la escena se termina con una instrucción como Muy bien ahora borra ahora esa escena de tu cabeza y vuelve a concentrar la atención en las sensaciones corporales

Cuando falten aproximadamente diez minutos para que termine la sesion se hace que las participantes se activen y se salga de los procedimientos de relajacion progresiva y le pregunta sobre las experiencias del entrenamiento en relajación

3 Recurso Didáctico

Entrega de cuadernillo con información de lo abordado en la sesión

4 Tareas para la casa

- Se instruye a las participantes para que practique la relajación progresiva diariamente utilizando Una Guia para la Terapia de Relajación I (Anexo N° 4)
- Completar la tarea N° 3 Hoja autoregistro de Relajacion (Anexo N° 6)

5 Cierre de la Sesion

Se realizará un resumen de lo tratado en la sesión y se les recuerda la importancia de cumplir con la tarea

Sesión N°3

Modulo Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA)

Tema Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA) para reducir los niveles de ansiedad

Objetivos

- Revisar la tareas
- Aplicar en las madres tías la adquisición de nuevas Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación

Actividades

1 Revisión de tareas

Se revisan las tareas de las madres tías y se solicita voluntarias para presentarlas se verifican las mismas Se les pide que la incluyan en el folder con su nombre que hay en la sala de sesiones junto con todas las tareas que se realicen

2 Procedimiento

En esta sesion se continua con las sesiones anteriores y proporciona entrenamiento en cuatro habilidades de afrontamiento por medio de la relajación para reducir los sintomas de ansiedad

- Relajacion sin tension es decir se repasan los musculos y se les relaja sin tensarlos
- Relajación inducida por la respiración profunda es decir se respira lenta y profundamente tres o cuatro veces y se relaja más con cada exhalación

- Imágenes de relajación es decir se imagina la escena de relajación
- Relajación controlada por señales es decir se repite lentamente la palabra relajense haciendo que las participantes se relajen aun mas con cada repetición

Estas cuatro habilidades se repiten las veces que lo permita el tiempo

3 Recurso Didactico

Entrega de cuadernillo con información de lo abordado en la se

4 Tareas para la casa

- Practicar las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación con el fin de fortalecer las respuestas de relajación
- Práctica diaria de al menos una habilidad de afrontamiento por medio de la relajación en situaciones no estresantes (p ej ver televisión) con el fin de empezar la transferencia de las habilidades de afrontamiento al ambiente externo
- Completar la tarea N° 4 Hoja de autoregistro (Anexo N° 6)

5 Cierre de la Sesión

Se realizará un resumen de lo tratado en la sesión y se les recuerda la importancia de cumplir con la tarea

Sesion N°4

Modulo Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA)

Tema Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA) para reducir los niveles de ansiedad

Objetivos

- Revisar la tarea

- Explicar a las madres tías la importancia de realizar las prácticas de las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación para reducir los niveles de ansiedad

Actividades

1 Revisión de tareas

Se revisan las tareas de las madres tías y se solicita voluntarias para presentarlas se verifican las mismas Se les pide que la incluyan en el folder con su nombre que hay en la sala de sesiones junto con todas las tareas que se realicen

2 Procedimiento

Se continua con el desarrollo de la relajación y la mejora de darse cuenta con respecto a sesiones anteriores e introduce los ensayos iniciales de la aplicación de las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación para la reducción de los niveles de ansiedad

Esto se logra haciendo que las participantes se imaginen las escenas que causan ansiedad y estrés implicándose completamente prestando atención a la activación ansiosa y luego recuperando la relajación por medio de las instrucciones en una o más de las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación

Las escenas de ansiedad se mantienen en la imaginación de diez a veinte segundos en la primera exposición y treinta o más segundos en las sesiones posteriores Luego se termina la escena de ansiedad y se ayuda activamente a las participantes a recuperar un estado de tranquilidad a través del empleo de una o más habilidades de afrontamiento por medio de la relajación

3 Recurso Didáctico

Entrega de cuadernillo con información de lo abordado en la sesión

4 Tareas para la casa

Completar la tarea N° 5 Hoja de autoregistro de Relajación (Anexo N° 6)

La aplicación de las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación en su secuencia completa al menos una vez al día
Se instruye a las participantes para que practique la relajación progresiva diariamente utilizando Una Guía para la Terapia de Relajación I (Anexo N° 4)

La aplicación de las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación en cualquier ocasión en que se experimente ansiedad

5 Cierre de la Sesión

Se realizará un resumen de lo tratado en la sesión además se le menciona a las participantes que no se espera que tengan éxito con las habilidades de relajación en este momento pero que es importante que empiecen a adquirir experiencia en la aplicación de la relajación para reducir la tensión en la vida diaria Para finalizar se les recuerda la importancia de cumplir con la tarea

Sesión N°5

Modulo Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA)

Tema Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA) para reducir los niveles de ansiedad

Objetivos

- Revisión de las tareas
- Continuar con la práctica de las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación para reducir los niveles de ansiedad

Actividades

1 Revisión de tareas

Se revisan las tareas de las madres tías y se solicita voluntarias para presentarlas se verifican las mismas Se les pide que la incluyan en el folder con su nombre que hay en la sala de sesiones junto con todas las tareas que se realicen

2 Procedimiento

Esta sesión es una extensión de la sesión 4 con pequeñas modificaciones La primera modificación se encuentra en el desarrollo de la relajación inicial

Se les pide a las participantes que inicien por sí mismas la relajación La segunda modificación se encuentra en la activación ansiosa y en la secuencia de la recuperación de la relajación

Se instruye a las participantes para que haga aparecer las escenas ansiógena y la experimente indicando la activación de la ansiedad manteniéndola por un tiempo y luego cuando estén preparadas que hagan desaparecer la escena y recupere la relajación por medio de las habilidades de relajación que funcionen mejor

Si las participantes han tenido dificultades para recuperar la relajación en la sesión anterior entonces se puede considerar no realizar estas modificaciones en esta sesión sino que se prefiera repetir los procedimientos de la sesión anterior

Sin embargo las modificaciones aumentan el control de las participantes sobre la recuperación de la relajación

3 Recurso Didáctico

Entrega de cuadernillo con información de lo abordado en la sesión

4 Tareas para la casa

- Se les indica la práctica continua de dichas habilidades de afrontamiento su aplicación continua en vivo cuando se sientan ansiosas
- Completar la tarea N° 6 Hoja de Autoregistro de Relajacion ((Anexo N° 6)

5 Cierre de la Sesion

Se realizara un resumen de lo tratado en la sesión y se les recuerda la importancia de cumplir con la tarea

Sesion N°6

Modulo Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA)

Tema Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajacion aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA) para reducir los niveles de ansiedad

Objetivos

- Revision de las tareas
- Explicar a las madres tias en que consiste las modificaciones de esta sesion

Actividades

1 Revision de tareas

Se revisan las tareas de las madres tias y se solicita voluntarias para presentarlas se verifican las mismas Se les pide que la incluyan en el folder con su nombre que hay en la sala de sesiones junto con todas las tareas que se realicen

2 Procedimiento

Esta sesión hay más modificaciones de los procedimientos con el fin de optimizar el autocontrol y la transferencia. En primer lugar se cambian las tareas para casa con el fin de alentar las habilidades de relajación.

En segundo lugar se aumenta el nivel de ansiedad de las escenas. Es decir las participantes se imaginan las escenas experimentan y prestan atención a la activación y luego inicia el afrontamiento por medio de la relajación mientras está en la escena.

3 Recurso Didáctico

Entrega de cuadernillo con información de lo abordado en la sesión.

4 Tareas para la casa

- Se les indica la práctica continua de dichas habilidades de afrontamiento su aplicación continua en vivo cuando se sientan ansiosas.
- Completar la tarea N° 7 Hoja de Autorregistro de Relajación (Anexo N° 6)

5 Cierre de la Sesión

Se realizará un resumen de lo tratado en la sesión y se les recuerda la importancia de cumplir con la tarea.

Sesión N°7

Modulo Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA)

Tema Integración

Objetivos

- Revisar las tareas
- Resumir los temas anteriores

Actividades**1 Revisión de tareas**

Se revisan las tareas de las madres tías y se solicita voluntarias para presentarlas. Se les entrega el fólder con todas sus tareas.

2 Procedimiento

Se inicia realizando práctica con las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA). Además se les presentará un resumen de los temas tratados.

Posteriormente se realizó el cierre de las sesiones durante esta sesión estuvimos uniéndolo todo aclarando dudas y compartiendo de manera muy casual con las participantes. Además enfatizamos la importancia que las técnicas y habilidades adquiridas sean aplicadas.

Sesión de Evaluación Post test

Luego de finalizado la aplicación del Programa en Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento por medio de la relajación aplicando el Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad (EMA).

Se realiza el post test aplicándoles el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) a las seis madres –tías participantes.

ANEXO N 3

UNA GUIA PARA LA TERAPIA DE RELAJACIÓN I

(Basada en la tecnica progresiva de Edmund Jacobson version modificada)

Traduccion Fabio Bethancourt

I Relajacion de los brazos

- 1 Apriete su puño derecho por 5 segundos Entonces relaje su puño como por 10 segundos Haga esto por segunda vez
- 2 Apriete su puño izquierdo como por 5 segundos Entonces relaje su puño como por 10 segundos Haga esto por segunda vez
- 3 Apriete ambos puños alrededor de 5 segundos Entonces relaje ambos puños como por 10 segundos Haga esto por segunda vez
- 4 Doble ambos codos por 5 segundos Entonces relaje sus codos por 10 segundos Haga esto por segunda vez
- 5 Estire sus brazos rectos hacia afuera por 5 segundos Entonces relaje sus brazos por 10 segundos Haga esto por segunda vez

II Area facial, cuello, hombros y parte superior de la espalda

- 1 Arrugue su frente hacia arriba por 5 segundos Entonces relaje su frente por 10 segundos
- 2 Arrugue o frunza el ceño o entrecejo por 5 segundos Entonces sus cejas por 10 segundos
- 3 Ahora cierre sus ojos fuertemente por 5 segundos Entonces relaje sus ojos por 10 segundos
- 4 Ahora apriete sus mandíbulas (muerda sus dientes juntos) por 5 segundos Entonces relaje sus mandíbulas por 10 segundos
- 5 Presione la lengua contra el cielo de la boca por 5 segundos Relaje la lengua por 10 segundos
- 6 Presione sus labios juntos por 5 segundos Relaje sus labios por 10 segundos
- 7 Eche su cabeza hacia atrás por 5 segundos Entonces gire su cabeza hacia la derecha por 5 segundos Entonces gire su cabeza hacia la izquierda por 5 segundos Ahora lleve su cabeza a una posicion confortable por 10 segundos
- 8 Encójase de hombros hacia arriba por 5 segundos Entonces deje caer sus hombros por 10 segundos

- 9 Entonces traiga sus hombros hacia arriba y muévelo hacia adelante y hacia atrás
Ahora relájelos por 10 segundos

III Relajación del pecho, estómago y parte de la espalda

- 1 Inhale profundamente y sostenga el aire por 5 segundos Entonces exhale y relájese por 10 segundos Haga esto por segunda vez
- 2 Apriete los músculos de su estómago por 5 segundos Entonces relaje su estomago por 10 segundos Haga esto por segunda vez
- 3 Contraiga su estomago (empuje su estómago hacia adentro) por 5 segundos Ahora relaje su estómago por 10 segundos Haga esto por segunda vez
- 4 Ahora arquee su espalda por 5 segundos entonces relaje su espalda por 10 segundos

IV Relajación de la cadera, muslos y pantorrillas

- 1 Presione sus talones con fuerza hacia abajo por cinco segundos entonces relaje sus talones y pies por 10 segundos
- 2 Estire sus talones hacia afuera por cinco segundos entonces relaje sus talones por 10 segundos
- 3 Apriete sus pies y dedos con fuerza hacia abajo por 5 segundos Entonces relaje sus pies y dedos por 10 segundos
- 4 Doble sus pies y dedos hacia su cara por 5 segundos Ahora relaje sus pies y dedos por 10 segundos

V Extendiendo el relajamiento

- 1 Deje sus pies estar completamente relajados

Entonces sus tobillos

Entonces sus pantorrillas

Entonces sus muslos nalgas y caderas

Entonces su estómago cintura y parte baja de la espalda

Entonces la parte superior de su espalda y hombros

Entonces sus brazos manos y dedos

Entonces su cuello

Entonces sus mandíbulas y todos los músculos faciales

Entonces tome un respiro profundo y suéltelo muy suavemente

Entonces tome otro respiro profundo y suéltelo muy suavemente

- ### VI Cuando usted esté listo para suspender la relajación y reanudar sus Actividades normales cuente regresivamente desde 5 hasta 1 pongase de Pie estírese y bostece

ANEXO N° 4

IDARE

El inventario de la Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE versión en Español de STAI (State Trait Anxiety Inventory) constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad 1 La llamada Ansiedad – Rasgo (A Rasgo) y 2 La llamada Ansiedad Estado (A Estado) Aun cuando originalmente se desarrolló este inventario para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales es decir sin síntomas psiquiátricos se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato tanto como en pacientes neuropsiquiátricos médicos y quirúrgicos

La escala A Rasgo del inventario de la ansiedad consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente La escala A Estado también consiste en 20 afirmaciones pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja una de un lado y la otra Se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala A Estado se incrementan en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuyen como resultado del entrenamiento en relajación

El IDARE también ha resultado útil en el trabajo clínico La escala A Rasgo es utilizada para la identificación de estudiantes de bachillerato y profesional que son propensos a la ansiedad y para evaluar el grado hasta el cual los estudiantes que solicitan los servicios de consejo psicológico o de orientación son afectados por problemas de ansiedad neurótica La escala A Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por clientes y pacientes de orientación psicoterapia terapéutica

del comportamiento o en los pabellones psiquiatricos Pueden también utilizarme para medir los cambios de intensidad en A Estado que ocurren en estas situaciones Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala A Estado involucran sentimientos de tensión nerviosismo preocupación y aprensión

PUNTUACIÓN	NIVELES DE ANSIEDAD
68-80	Muy alto
56-67	Alto
45-55	Medio
32-44	Bajo
20 31	muy bajos



IDARE

venta de A oeval ció
po

SXE

C. D. Ap elberger Marti e Lrrrta F Gon_dle- Rei osa, L. Nstalcio y R. Díaz-Guerrero

1 ru l Alg l d f q l g l p d b
p b j l l m d q
d q óm l
h) b m l N mpl m h mp
d f p d d l p q m j d b
m j

1 M alm d ()	① ② ③ ④
M seou x ()	① ② ③ ④
3 E y n.)	① ② ③ ④
4 E) an di ()	① ② ③ ④
5 E y g	① ② ③ ④
6 M en lte d ()	① ② ③ ④
7 E prex padof) lmetu. por algún pos ble co utatempo	○ ② ③ ④
8 M desc do()	○ ② ③ ④
9 M an osot)	○ ② ③ ④
10 M to ómad ()	① ② ③ ④
11 M fan mím m x ()	① ② ③ ④
12 M en erv o()	① ② ③ ④
13 M gi lo()	① ② ③ ④
14 M to pun d pl	① ② ③ ④
15 M po ado()	○ ② ③ ④
16 M to sa f h)	① ② ③ ④
17 F y preocupado()	○ ② ③ ④
18 M m y g uado() j rd do()	① ② ③ ④
19 M l n.	○ ② ③ ④
20 M h	① ② ③ ④

980 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO DE
Mariano Clases Nacionales
Industria Editorial Mariana, Arg. 1980

N E / i mpresu y gro NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR

I D A R E

l t a l d Autoe l ciò

SXR

I st Alg l i l q l g p d nb
 b m l l l ll l l d q
 d m t g f h t t
 m l m p l m h t l t p
 d l p t q m d b m

CASE ENH L
RC LAINT
I UN SVCS
CASI UN

21 M 1 b

① ② ③ ④

2 M c n s e a p d t

(2) 3)

23 S. i. d. l. ra

0 2 1 1

4 Qu u i f l m i p r e l

C 2 3 4

5 Pr d pr n d d pr pod lec d rm p d t

٧ ٢ ٣ ٤

6 M t d f ()

C 2 3 4

27 Sy pe tra q l i v seg l

١ ٢ ٣ ٤

8 S t q l d f h d m t l p t d pod
pera la.

C 2)))

9 M p eoc po d m d po a p r

① ② ③)

30 S y f l

☐ ☒ ☐ ☐

31 T m l m y pech

① 2) ③ ○

3 M f h c f a n a e n m m m (a)

☐ ☒ ② ☒ ③ ☐

33 M i segit ro(a)

① ② ③ ④

34 Procuro e tar nfre ta m la cri y d i lt d

○ 2 3 ○

35 M m l ncól ()

① ② ③ ④

36 M t t fech ()

☐ ☒ (2) ☒ (3) ☐

37 Alg a. d as poc mportant pa an per m m i y m m lesi

○ ② ③ ○

38 M afectan tant l dese g q m l p d q t r d l
b

C 2 3 C

39 S y p r s a t h l

○ 2) 3) ○

40 C and p so prec p ct l m p e t d)
y lt d ()

① ② ③ ④

Составитель	№	И. Р	Всего строк	Всего строк
-------------	---	---------	-------------	-------------

N i E i l tá impre l y egro NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR

ANEXO N° 5

HOJA DE AUTOREGISTRO DE RELAJACIÓN

Nombre _____

Poca Relajación **PR** Leve Relajación **LR** Buena Relajación **BR** Excelente Relajación **ER**

[illegible]

ANEXOS N° 6

Material para realizar el Análisis Estadístico

Comparación de la misma muestra (Dependiente) medida dos veces
(Un solo grupo antes y después de tratamiento)

C m roba id ncias re medias

005 o 9 rados d lib rt razón b d d f qu se 2262 o más.
 C m h m ca l o razón d sólo 006 d b mo ceptar h pó n l
 re h za l hí ó d nv ga N stro l d o l i o
 d lo ños gro y blan f re resp su h ci l nmi alid d

COMPARACION DE LA MISMA MUESTRA
MEDIDA DOS VECES

H q mos l d las mp ra q se h re do m es ra
 se han ído i d p nd m () mplo homb o ra muj re
 gro ra bl o lbera es o onserv d res) An es d d es m
 pres remos ahora úl m n ò d l omp ra ó d m dias l
 ref rimos omo d o d s-después d p n l es l aso d n la
 m ra m d d do dif re es m o (mpo l o ra empo 2)
 Po ej m l st o p ra ar d m d l re rim
 sol m st lho ta o omo d p é d rto program d
 l i ó D l m smo modo o mo d scar m dir las d f re cias d ac d
 h P d il st ó p so omp ra ó d d e
 p gam varios i div d h d ug dos po l ob rno re b su
 h gare d bid l o rucc ó carre ra C m un igad soc l os
 l resa d rm m o re b ó esud cial f rzad bre os
 i ní d b na d d (se mu os h i l no d l
 b rri pre-re b i o l m o h nos d b ri pus
 re b ó) E es en l l aj m d o d b d d
 m l (re ó) aj m d b i
 l empo 2 (d pué d l re b o) Po lo

Hipó ests l E rado d ec d d no d fi n d pué d la re-
 ($\mu =$) bic ló

H pò is d es igac ó El g do d b na d d d fi re d p é d l
 ($\mu \neq$) eub ac ó

P m b m q us l re b f rzad obre l b d
 revl m m es ri d d os es o o p es d
 se bl ó m d rs N ra p d lo g p es d
 b ci d d (l es má l o d l d m erado d b
 d d)

14 La medida de

Ereisd	A d mudars	De pué d m dars	Dif rencia	(D fer)
	X	X	X - X = D	D
R salb	2			
R l		2	-	
C lin	3	1	2	
Lila	3		2	
Albe		2	-	
Ma			3	
	$\Sigma X = 11$	$\Sigma X = 8$		$\Sigma D = 20$

Como se mo ó nom n hac u ompara ó nt d p é o
tr tra t o l dif n ia qu l y l t mpo l y l t mpo 2
to fl j n l formul p ob n l d vi ó d (p ra l d t b ó
d p tajes d d f as t s-despu

$$= \sqrt{\frac{\Sigma D}{N}} - (\bar{X} - \bar{X})$$

do d

- l d sv o dar d l d trnb o d pu taj d d f ren as t s-
d p é

D - l puntaj rudo d p é re tado d l p ntaj rudo ant

N - l um ro d o o re t do l m tra

PASO 1 E o tr l d p d p to l mpo

$$\begin{aligned}\bar{X} &= \frac{\Sigma X_1}{N} & \bar{X} &= \frac{\Sigma X_2}{N} \\ &= \frac{14}{6} & &= \frac{8}{6} \\ &= 2.33 & &= 1.33\end{aligned}$$

PASO 2 F tra l d sv o d p l d f re tre l mpo l y l
t mpo

$$\begin{aligned}&= \sqrt{\frac{\Sigma D}{N}} - (\bar{X} - \bar{X}) \\ &= \sqrt{\frac{20}{6}} - (2.33 - 1.33) \\ &= \sqrt{\frac{20}{6}} - 1.00 \\ &= \sqrt{3.33} - 1.00 \\ &= \sqrt{2.33} \\ &= 1.51\end{aligned}$$

Comprobación de la diferencia entre medias

PASO 3 Estimar la varianza de la diferencia

$$\begin{aligned} s_{\bar{d}} &= \frac{s_d}{\sqrt{N-1}} \\ &= \frac{1.53}{\sqrt{6-1}} \\ &= \frac{1.53}{2.24} \\ &= 0.68 \end{aligned}$$

PASO 4 Calcular el estadístico de diferencia entre medias muestrales

$$\begin{aligned} t &= \frac{\bar{X} - \bar{X}}{s_{\bar{d}}} \\ &= \frac{2.33 - 1.33}{0.68} \\ &= \frac{1.00}{0.68} \\ &= 1.47 \end{aligned}$$

PASO 5 Encontrar el nivel de libertad

$$\begin{aligned} &= N - 1 \quad \text{Nota: } N \text{ se refiere al número total de} \\ &= 6 - 1 \quad \text{observaciones o al número de sujetos} \\ &= 5 \quad \text{lo cual hay que poner en} \\ & \quad \text{cuenta} \end{aligned}$$

PASO 6 Comparar la razón obtenida con la razón crítica de la Tabla C

$$\begin{aligned} \text{Zona de aceptación} &= 1.47 \\ \text{Razón crítica de la Tabla C} &= 2.71 \\ g.l. &= 5 \\ p &= 0.05 \end{aligned}$$

Para poder rechazar la hipótesis nula al nivel de confianza de 0.05 o 5 grados de libertad debe obtenerse un valor crítico de 2.571. Y que el resultado sea sólo 1.47 --muy lejos de lo que se necesita para rechazar la hipótesis nula y hacerla hipótesis alternativa. Luego la diferencia muestral obtenida no respalda la hipótesis de la diferencia entre medias. Por lo tanto, se acepta la hipótesis de la igualdad de medias.

REQUISITOS PARA EL USO DEL PUNTAJE T Y LA RAZÓN F

Como método directo de inferencia estadística, el puntaje t y la razón F sólo se utilizan cuando se cumplen los requisitos siguientes:

Tablas 5

T B D

Valores críticos de la distribución t de Student

La columna enumerada la tabla 1 muestra los valores críticos para el grado de libertad dado (columna de la izquierda) y el nivel de significación de la prueba (fila superior). Para el nivel de significación de α se debe tener en cuenta que $P = \alpha/2$ para la prueba de dos colas.

df	Nivel de significación para la prueba de una cola					
	10	.05	.025	.01	.005	.0005
	Nivel de significación para la prueba de dos colas					
	.20	.10	.05	.02	.01	.001
1	3.078	6.314	1.706	3.821	63.657	636.619
2	1.886	2.920	1.301	2.965	9.925	31.598
3	1.638	2.353	1.162	2.541	5.841	12.941
4	1.53	2.13	1.076	2.347	4.604	8.610
5	1.476	2.015	1.025	2.265	4.032	6.859
6	1.440	1.943	1.000	2.201	3.707	5.959
7	1.415	1.895	0.985	2.159	3.499	5.408
8	1.397	1.860	0.968	2.131	3.355	5.041
9	1.383	1.833	0.959	2.109	3.250	4.781
10	1.372	1.812	0.950	2.093	3.169	4.587
11	1.363	1.796	0.941	2.081	3.106	4.437
12	1.356	1.782	0.934	2.071	3.055	4.318
13	1.350	1.771	0.928	2.062	3.011	4.221
14	1.345	1.761	0.923	2.054	2.977	4.140
15	1.341	1.753	0.919	2.048	2.947	4.077
16	1.337	1.746	0.915	2.043	2.921	4.015
17	1.333	1.740	0.911	2.038	2.898	3.965
18	1.330	1.734	0.908	2.034	2.878	3.922
19	1.328	1.729	0.905	2.031	2.861	3.883
20	1.325	1.725	0.902	2.028	2.845	3.850
21	1.323	1.721	0.900	2.025	2.831	3.819
22	1.321	1.717	0.898	2.023	2.819	3.792
23	1.319	1.714	0.896	2.021	2.807	3.767
24	1.318	1.711	0.894	2.019	2.797	3.745
25	1.316	1.708	0.893	2.017	2.787	3.725
26	1.315	1.706	0.891	2.016	2.779	3.707
27	1.314	1.703	0.890	2.015	2.771	3.690
28	1.313	1.701	0.889	2.014	2.763	3.676
29	1.311	1.699	0.888	2.013	2.756	3.659
30	1.310	1.697	0.887	2.012	2.750	3.646
40	1.303	1.684	0.881	2.003	2.734	3.551
60	1.296	1.676	0.877	2.000	2.660	3.460
120	1.289	1.658	0.870	1.995	2.617	3.373
∞	1.282	1.645	0.860	1.990	2.576	3.291